

**SALUD BUCAL Y PERCEPCIÓN DE SALUD FAMILIAR DE ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS DE LA FUNDACION JUAN FELIPE, 2013-2014.**

**DAGOBERTO CHACON**

**HABILTON RANGEL**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C**

**2014**

**SALUD BUCAL Y PERCEPCIÓN DE SALUD FAMILIAR DE ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS DE LA FUNDACION JUAN FELIPE, 2013-2014.**

**Investigadores principales**

**SHYRLEY DIAZ CARDENAS**

Odontóloga, Magister en Salud Pública,  
Docente Universidad de Cartagena.

**KATHERINE ARRIETA VERGARA**

Odontóloga, Magister en Salud Pública,  
Docente Universidad de Cartagena.

**FARITH GONZALEZ MARTÍNEZ**

Odontólogo, Jefe del Departamento de Investigación,  
Magister en Salud Pública  
Docente Universidad de Cartagena.

**Co-investigadores**

**DAGOBERTO CHACÓN**

**HABILTON RANGEL**

Estudiantes X Semestre de Odontología.

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
CARTAGENA DE INDIAS  
2014**

## **DEDICATORIA**

Primeramente queremos agradecerle a DIOS por regalarnos la voluntad, paciencia y perseverancia que nos impulso cada día para realizar este trabajo, en segundo lugar a nuestros tutores quienes con su sabiduría nos encaminaron a realizar esta labor social que esperamos sea de beneficio para la comunidad, en tercer lugar a cada una de esas futuras madres que con su valentía y gallardía nos donaron los datos necesarios para realizar este proyecto.

Por último pero no menos importante dedicarles este éxito a nuestros padres quienes nos apoyaron incansablemente para lograr esta meta.

## **AGRADECIMIENTOS**

Principalmente a la FUNDACION JUAN FELIPE por su colaboración y a todas las jóvenes que contribuyeron para que este trabajo se realizara.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
LISTA DE TABLAS .....	7
INTRODUCCION .....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	13
2. JUSTIFICACION .....	15
3. OBJETIVOS. ....	23
3.1 OBJETIVO GENERAL. ....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	23
4. MARCO TEORICO.....	24
4.1 INDICE O'LEARY .....	36
4.2 ÍNDICE PERIODONTAL DE NECESIDADES (TNF) .....	36
4.3 INDICE COP-D: .....	37
4.4 INSTRUMENTO ISF:GES 17 .....	37
4.4.1 FACTOR 1: CRECIMIENTO FAMILIAR (MORFOGÉNESIS) .....	38
4.4.2 FACTOR 2: ESTABILIDAD FAMILIAR (HOMEOSTASIS) .....	38
4.4.3 FACTOR 3: COHESIÓN(45) .....	38

4.4.4	PUNTOS DE CORTE .....	39
4.4.5	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR EN GESTACIÓN .....	40
5.	METODOLOGIA.....	41
5.1	Tipo de estudio .....	41
5.2	Población y muestra .....	41
5.3	Cuadro de variables.....	41
5.4	Plan de recolección de datos.....	48
5.5	Instrumento y prueba piloto .....	49
5.6	Análisis estadístico .....	50
5.7	Consideraciones éticas.....	50
6.	RESULTADOS.....	52
7.	DISCUSION .....	70
8.	CONCLUSIÓN .....	74
9.	BIBLIOGRAFIA .....	76
10.	ANEXOS .....	76

## LISTA DE TABLAS

Pág.

<b>TABLA 1.</b> VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE. ....	52
<b>TABLA 2.</b> CONDICIONES DE VIVIENDA Y FACTORES FAMILIARES DE LA FUNDACIÓN JUAN FELIPE.....	54
<b>TABLA 3.</b> ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES EN FAMILIARES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE.....	55
<b>TABLA 4.</b> HÁBITOS DE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE. ....	56
<b>TABLA 5.</b> DIAGNOSTICO BUCAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE. ....	57
<b>TABLA 6.</b> DIAGNOSTICO EXTRAORAL Y DE ESTRUCTURAS ORALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE.....	58
<b>TABLA 7.</b> ÍNDICE PERIODONTAL DE NECESIDADES EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE. ....	60
<b>TABLA 8.</b> IMPACTO DEL EMBARAZO Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE. ....	61
<b>TABLA 9.</b> MITOS ENTRE SALUD BUCAL Y EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE. ....	62
<b>TABLA 10.</b> FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE.....	63

<b>TABLA 11. CONDICIONES PSICO-AFECTIVAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE.</b> .....	64
<b>TABLA 12 SALUD FAMILIAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE.</b> .....	65
<b>TABLA 13 RELACIÓN ENTRE ÍNDICE COP CON FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y SALUD FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE 2012-2013.</b> .....	66
<b>TABLA 14. RELACIÓN ENTRE HIGIENE ORAL CON FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y SALUD FAMILIAR DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA INSTITUCIÓN JUAN FELIPE 2012,2013.</b> .....	68

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** el embarazo es un fenómeno maravilloso se torna como problema cuando se trata de una adolescente, en parte por la gran cantidad de repercusiones, físicas, psíquicas y sociales puede acarrear. Esto significa la interrupción de ese transitar entre la niñez y la adultez "es una niña que se convierte en madre" es algo ciertamente complejo.

**OBJETIVO:** Identificar los factores de riesgos familiares y la salud bucal de las adolescentes embarazadas de la Fundación Juan Felipe de la Ciudad de Cartagena.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** El presente estudio fue de tipo descriptivo. La población estuvo formada por 280 adolescentes embarazadas beneficiarias de la fundación Juan Felipe de la ciudad de Cartagena. En este estudio se obtuvo la información a través de la aplicación de la encuesta donde se indagó sobre relación con la familia a través del instrumento ISF: GES17 así como el APGAR familiar. Además se realizó un examen estomatológico para descubrir la situación de la cavidad oral de las personas pertenecientes a este estudio. El cual incluyó los índices de O'Leary, COP-D y ICNTP, para el análisis de la información se utilizó análisis univariado (frecuencias, proporciones) y para la significancia estadística de la variables se realizó la prueba chi<sup>2</sup> teniendo en cuenta un valor de  $P < 0,05$ .

**RESULTADOS:** la media de edad de las mujeres evaluadas en el presente estudio fue de 16,84 años con, las cuales presentaban bajo nivel de escolaridad (60%) y el estrato socioeconómico más prevalente fue el bajo (71.33%) Se observó mayor prevalencia de embarazadas en su segundo trimestre. De acuerdo a las condiciones de salud bucal, se estableció presencia de gingivitis en la totalidad de la muestra (100%), con un índice de placa mayor de 30% (92%), en

cuanto al índice de necesidad de tratamiento se encontró que el 94% de las adolescentes presentan TNI.

**CONCLUSIONES:** Gracias a los datos obtenidos en salud oral de la población de estudios y en relación con el riesgo familiar, se hace necesario implementar políticas que faciliten la promoción y prevención en salud oral así como fortalecer la funcionalidad familiar.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescentes embarazadas, riesgo familiar, salud bucal (DECS-Bireme).

## INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa crucial del ser humano, por la gran turbulencia de transformaciones físicas, psicológicas que ella implica. Es entonces un puente que enlaza la niñez a la adultez, un puente cuya resistencia o firmeza dependerá en gran medida del entorno donde se desarrolle el individuo siendo este conformado por la familia. Este se determinará como un sistema abierto en el cual está inmerso un contexto social y cultural que muchas veces deja vacíos los cuales son llamados factores de riesgo. Dentro de la familia las adolescentes son uno de los entes más vulnerable, requiriendo entonces el respaldo de su núcleo familiar para transitar de la mejor manera posible, el mencionado puente, ya que sus bases la conforman entre otro, la estructura y funcionalidad de la familia.

El embarazo es un fenómeno maravilloso se torna como problema cuando se trata de una adolescente, en parte por la gran cantidad de repercusiones, físicas, psíquicas y sociales que este puede acarrear. Esto significa la interrupción de ese transitar entre la niñez y la adultez "es una niña que se convierte en madre" es algo ciertamente complejo. Además de lo antes mencionado no podemos olvidar otro aspecto de gran importancia para las embarazadas como la salud oral, ya que con esta condición se afecta con gran prevalencia las encías y es muy frecuente encontrar patologías como la gingivitis que es una inflamación del margen gingival y se asocian estos dos agentes etiológicos, el factor sistémico con los cambios hormonales y localmente la presencia de placa bacteriana. La gestación acentúa la reacción gingival ante la placa y modifica la situación clínica

resultante afectando directamente la microvascularización de la encía, es frecuente padecer esta patología cuando se cursa en el tercer y cuarto mes. La tendencia a padecer de lesión cariosa durante el embarazo es exactamente igual a la observada en otro tipo de paciente.

Como aspecto negativo para la realización del estudio están el de la dificultad para la obtención de la muestra debido a que por lo descrito hay tendencia a la automarginación y a ocultar el embarazo acarreado por ende la escasa colaboración dada por las adolescentes. Otra de las limitaciones que se encontró fue la dificultad para recoger la muestra porque esta es una población muy cambiante y además se presentó inconveniente con el sitio de recolección de la información para el examen intraoral por falta de la unidad odontológica. En este estudio se obtuvo la información con la aplicación de una encuesta donde se indago sobre la relación con la familia, la pareja y se realizó un examen estomatológico para observar la condición de la cavidad oral de las personas objeto del estudio; con la información obtenida se pudo adquirir conocimiento de las condiciones familiares y de la salud bucal de las gestantes e implementar políticas que faciliten la promoción y prevención en salud oral así como fortalecer la funcionalidad familiar.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia es un período difícil para la mayoría de las personas jóvenes, porque tienen que afrontar decisiones respecto a educación, sexualidad y trabajo, que determinarán el curso de sus vidas. En este período de vida ocurren comportamientos poco responsables como tener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos, el cual puede tener efectos negativos en el ámbito social, económico y de salud porque derivan en embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual. El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre dentro los dos primeros años de edad ginecológica entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la menarquía y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental (1). Por lo que es una situación muy especial, pues se trata de mujeres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madres. Una alta tasa de embarazos durante la adolescencia trae como consecuencia el aumento poblacional y la posibilidad de una alta tasa global de fecundidad, lo cual repercutirá en el desarrollo de sus hijos y en muchos casos frustra sus aspiraciones profesionales de modo que trae consigo riesgos tanto para la madre como para su hijo (2).

El embarazo adolescente es una causa importante de abandono escolar, exclusión social y un factor de reproducción de pobreza.

---

<sup>1</sup>TAUCHER, JOFRÉ. Mortalidad infantil en Chile: El gran descenso. En: Rev. Méd Chil. 1997, vol. 10, n. 12, p. 25-35.

<sup>2</sup> GARCIA, MORALES. El embarazo en la adolescencia precoz. En: Rev. Panamá salud pública. 1998, vol.4, n26, p.2-3.

Son aspectos que motivaron a realizar una investigación orientada a ¿Cómo es la salud bucal y la percepción de salud familiar de las adolescentes embarazadas de La Fundación Juan Felipe, 2013-2014?

## 2. JUSTIFICACION

Existen factores de predisposición para el embarazo adolescente de índole biológica, sociocultural, psicológica y familiar (3). En tal sentido, se plantea la mayor exposición de las embarazadas en edades tempranas a sufrir problemas de salud durante la gestación y el parto, asociados con aspectos biológicos y sociales que, a su vez, repercuten en la salud y el desarrollo de los hijos, y con otras situaciones difíciles, como la maternidad solitaria, suspender prematuramente los estudios, ser subempleada y tener menos estabilidad en las relaciones de pareja (Zeidenstein, 1989).

Es importante, sin embargo, tener presente que estas categorías no son excluyentes sino que más bien están estrechamente interrelacionadas entre sí. Dentro de los factores de índole sociocultural, diversos estudios coinciden que la maternidad adolescente es mayor cuando se vive en pobreza, lo que atestigua las grandes brechas en el acceso a información, educación y servicios, ya que no se trata de una maternidad deseada. En Colombia, la fecundidad adolescente es mayor en las adolescentes con menos educación que, coincidentemente, es mucho mayor en zonas rurales (4).

El embarazo adolescente suele asociarse con una mala situación económica, con las consecuencias que esto conlleva, como por ejemplo, una composición de

---

<sup>3</sup> Fondo de naciones unidas para la población 1997

<sup>4</sup> ERNAM, CORSAPS, ICIMER. Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En: Rev Chilena. 2009, Vol. 16, n.1, p 46 -58

familia extendida donde conviven también abuelos, tíos, e incluso varias familias viviendo en una misma casa como allegados, con el consiguiente hacinamiento físico y psicológico.

Así también se plantea además la posibilidad de que el embarazo adolescente sea una forma de escapar del mundo del trabajo y del mundo escolar, si la adolescente no se siente capaz de enfrentar las exigencias escolares o laborales. Así, al embarazarse no se le puede exigir como al resto, porque ella ha adquirido otras responsabilidades que pertenecen al mundo de los adultos (5).

Como factor de índole psicológica, hay que considerar que muchas adolescentes se involucrarían en relaciones sexuales, entre otras razones, como un modo de independizarse de los padres y de sus valores, comportamiento asociado a sentimientos de rechazo y rebeldía hacia las figuras de autoridad o bien como medio de satisfacer necesidades afectivas. A ello se suma que los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual, ya que en la adolescencia media el egocentrismo las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar", la necesidad de probar su fecundidad, hace que se sientan afligidas por fantasías de infertilidad, constituyendo un factor de riesgo para la adolescentes (6). La literatura confirma(7) ciertos patrones característicos de la embarazada adolescente, señalando que la práctica del acto sexual se inserta dentro de un marco de graves problemas familiares, fracaso

---

<sup>5</sup> ALVAREZ, DOMINGUEZ. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. En Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. 2010 Vol. 23, n.5 , p.25-28

<sup>6</sup> GONZÁLEZ. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad. En Rev. venezolana de sexualidad. 2009, vol. 3, n. 16, p 13-15.

<sup>7</sup>JARA. Población adolescente escolar. En: Revista de Salud Pública. 2008, Vol. 11. n. 1, p. 46-48

escolar y otras formas de expresión de conflictos o conductas rebeldes. Estas jóvenes presentarían también fuertes sentimientos de soledad y la posibilidad de tener una fuente de satisfacción a través de cuidar a un hijo, un deseo de estar más cerca de la propia madre o de escapar de una situación familiar intolerable, aburrimiento y fracaso escolar. Es así como se han encontrado algunos factores de personalidad que podrían predisponer a un embarazo adolescente.

Estas jóvenes pueden presentar una dificultad para establecer metas apropiadas y gratificarse a sí mismas por sus propios logros, escasa tolerancia a la frustración, labilidad emocional, inestabilidad, falla en el control de impulsos, afectividad empobrecida y escaso nivel de madurez emocional. Se señala además la presencia de una autoestima disminuida.

También se ha observado en ellas carencias de metas distintas a la maternidad, dificultad en la toma de decisiones, indecisión acerca de lo que quieren, una fuerte necesidad de afecto unida a sentimientos de soledad y desprotección. Se argumenta que las adolescentes buscan afecto para compensar su propia inseguridad. Otra de las razones que explica la maternidad adolescente es el bajo uso de métodos anticonceptivos.

De acuerdo a la literatura, encontramos otros en la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales,

impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre pocos factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad (8).

Dentro de un enfoque sistémico, el embarazo adolescente puede conceptualizarse como un síntoma de una disfunción de el o los sistemas a los que la adolescente pertenece. Se hace necesario comprender su conflictiva en el contexto de sus relaciones, formando parte de diversos sistemas y subsistemas, entre los que se destaca especialmente la familia. La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. La familia como tal, es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer

---

<sup>8</sup>GARRIDO, ORPEDO. Family Care International: buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescentes. En Herramienta para la sistematización de experiencias desde una perspectiva de buenas prácticas. 2010, vol. 22, n. 17, p. 17-19

en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria (9).

La mayor parte de las veces los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes. Casi siempre detrás de un embarazo hay algún tipo de problema familiar que se debe resolver y es necesario asumir la responsabilidad de todos antes de culpar al hijo (10).

La atmósfera psicológica y social en la que crece el adolescente tiene un efecto notable sobre su adaptación en lo personal y social. En forma directa, influye en sus pautas de conducta; si el ambiente familiar es óptimo, el joven reaccionará frente a personas y cosas de una manera positiva; si es conflictivo, llevará los patrones negativos aprendidos en el hogar a situaciones extrañas y reaccionará ante ellas conforme al temperamento que le es habitual frente a circunstancias análogas experimentadas en el medio familiar. En forma indirecta, el ambiente familiar influye en el adolescente por el efecto que produce en sus actitudes. Si la autoridad de sus padres le disgusta porque la percibe tiránica e injusta, tal vez desarrolle actitudes de resentimiento contra todos los individuos que ejercen algún tipo de autoridad. Esto puede llevarlo a una conducta extremista e inconformista. Por el contrario, haber vivido en un hogar dichoso lo estimula a actuar

---

<sup>9</sup> POSADA CORREA. Sobreviviendo a la adolescencia. En: Rev. Padres eficaces. 2010, vol. 26, n. 14, p. 67-69

<sup>10</sup> GALLO, MOLINA. Evaluación de impacto proyecto salud sexual y reproductiva de adolescentes en Medellín, "Sol y Luna" componente cualitativo. En: Revista Salud Pública Medellín, alcaldía de Medellín. 2008, vol. 23, n. 56, p. 124-127

favorablemente frente a quienes poseen la autoridad. Diversos estudios sobre fecundidad en adolescentes coinciden en que las relaciones familiares influyen considerablemente en el comportamiento sexual de la adolescente.

Consideramos que es claramente evidente que la presencia de un modelo familiar adecuado es de suma importancia para la adolescente en el logro de su madurez, de modelos de identificación de ambos sexos, lo cual es necesario tanto para reafirmar su propio rol de género, como para definir su forma de interacción con el sexo opuesto. Si esto no es así, esta situación deriva en una falta de modelos parentales estables, que guían las futuras relaciones que ellas establezcan con el sexo opuesto. Se puede plantear que esta situación de carencia y/o ausencia de algunos de los padres, tiene grandes posibilidades de alterar en la adolescente los patrones de afecto o identidad, así como agudizar los sentimientos de soledad y desprotección.

Al igual como se producen cambios físicos, emocionales, y familiares estos también están presente en la cavidad oral es de conocimiento en este grupo de individuos es de gran importancia la salud oral que también denota unos cambios muy importantes, el adolescente presenta cambios en el crecimiento maxilar y en las estructuras dentarias. El proceso de crecimiento como lo afirma Enlow se basa en lograr un equilibrio funcional y estructural, cualquier alteración anatómica afectará la armonía, el equilibrio y el resultado de este proceso.

El embarazo constituye un período de grandes modificaciones fisiológicas en el organismo durante el cual se pueden presentar alteraciones en el estado de salud bucal, pero el embarazo por sí sólo no es capaz de provocar enfermedad, es necesaria la influencia de factores relacionados con el estilo de vida, que junto con los factores biológicos condicionan la aparición y agravamiento de enfermedades bucales. Falta de la eliminación biomecánica de la placa bacteriana puede ocasionar problemas gingivales como la gingivitis esta es una inflamación del margen gingival que ocurre frecuentemente tanto en niños como en adulto, originada por factores locales o sistémicos. En el embarazo se asocian estos dos agentes etiológicos el factor sistémico con los cambios hormonales, y localmente por presencia de la placa bacteriana.

La descripción de los cambios gingivales en la gestación data de 1898, aún antes de que se contara con algún conocimiento, sobre los cambios hormonales en el embarazo. La gingivitis del embarazo es consecuencia de la placa bacteriana exactamente del mismo modo que en las no embarazadas. La gestación acentúa la reacción gingival ante la placa y modifica la situación clínica resultante afectando directamente la microvascularización de la encía. Ante la ausencia de irritantes locales, no suceden cambios notables en la encía durante el embarazo. Las enfermedades bucales tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la población, lo cual confirma una vez más el hecho de que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud en los países. La promoción

de la salud bucal durante el embarazo es una de las medidas que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la embarazada y su hijo.

En la actualidad, la distribución y severidad de las enfermedades orales varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento.

### **3. OBJETIVOS.**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Describir el estado de salud bucal y la percepción de la salud familiar de las adolescentes embarazadas de la Fundación Juan Felipe de la Ciudad de Cartagena 2013-2014.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las variables sociodemográficas de las adolescentes.
- Describir el estado de salud bucal de los sujetos de estudio.
- Identificar la percepción de la Salud Familiar (Organización Sistémica, Satisfacción y Salud Familiar Total y Funcionalidad Familiar).
- Relacionar las variables sociodemográficas, el estado de salud bucal y la percepción de la salud familiar de las adolescentes embarazadas.

#### 4. MARCO TEORICO

Desde la segunda mitad del siglo XX el tema del embarazo en adolescentes ha cobrado gran importancia a nivel mundial por su vigencia y que como se sabe está determinado por una gran variedad de factores como los psicológicos entre ellos se destaca el estudio de la familia y su influencia en el comportamiento general del adolescente (11). En particular, de aquellos factores que influyen en los adolescentes para iniciar una práctica sexual sin las medidas que reduzcan el riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual. Respecto a las relaciones familiares en la región de Latinoamérica, en diversas publicaciones de México, Chile, Cuba, Colombia y Argentina, se ha señalado que la Comunicación que hay entre madres e hijas embarazadas, difiere de la comunicación que existe entre madres e hijas no embarazadas. También se ha reportado el hecho de que la madre de la adolescente embarazada ha sido adolescente cuando se embarazo por primera vez, o madre soltera (12). la comunicación entre madre e hijas adolescentes embarazadas se ve deteriorada por que la madre se siente decepcionada por su hija ya que ella piensa que esta decisión en su vida le obstaculizara su proyecto de vida y los planes que ella planteaba y le nacerá la gran pregunta que ¿será de mí?, ¿con qué recursos me sostendrá, al igual que su bebé?. Esta no es la única duda a la cual se tendrá

---

<sup>11</sup>KOMURA, AKIKO. Maternidad en la adolescencia en una comunidad de bajos ingresos experiencias a través de historia oral. En: Rev. Latino-Americana Enfermagem. 2008, vol. 16, n. 2, p. 76-78

<sup>12</sup>GONZÁLEZ, SANDOVAL, MOLINA. El varón y la paternidad precoz. En: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 2003, vol. 18, n.27, p.16-23

que enfrentar también soportará las críticas de la sociedad por empezar su vida sexual a esta edad al igual está crítica será infundada en su núcleo familiar donde se empezará a buscar culpables y lo que se conseguirá es que este mismo sea afectado psicológica y afectivamente, lo cual puede ocasionar disfuncionalidad familiar.(13)La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la adultez donde ocurren profundos cambios biológicos, psicológicos y socioculturales destinados a lo largo de la madurez de los seres humanos. La OMS( 14 ) (Organización Mundial de la Salud) postula que la edad de la adolescencia es entre los 11 y los 19 años, período que se divide entre adolescencia temprana (12 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años) no obstante la edad de la adolescencia no es definitiva ya que varía según el individuo y el grupo social al que pertenezca, al igual define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica” y fija sus límites (15). Durante la adolescencia, se presentan muchos cambios de los cuales los más notorios son los físicos, estos varían según el sexo y la persona, hablando de manera general, en el caso de las niñas existe inicialmente un aumento de peso de 2 kilos por año y más tarde de 5 a 10 kilos por año; los varones aumentan de 10 a 20 kilos por año. En cuanto a la grasa, en el caso de las mujeres, comienzan a aumentar el porcentaje

---

<sup>13</sup>GRIFFIN, SANDERSON, VINCENT. Development of Multidimensional Scales to Measure Key Leaders Perceptions of Community Capacity and Organizational Capacity for Teen Pregnancy Prevention. En: Rev. American de Sexuality. 2004 vol. 28, N. 4, p. 307–319

<sup>14</sup>LUENGO. Características de la adolescencia normal. En: Rev. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia Mediterráneo. 2003, vol. 13,n.45, p.16-19

<sup>15</sup>MOLINA, RAMIREZ, GONZALEZ. Electra en Madres niñas. En: Rev. Adolescentes de 14 años y menos. 2006.VOL.18, n. 23, p.16

y a acumular en los muslos y en otras zonas del cuerpo; ellas comienzan a experimentar un cambio en su estructura física dando lugar a las llamadas curvas (16). En los varones es notorio un aumento de la estatura, pero una disminución del porcentaje de grasa. Ellos aumentan mucho más su masa muscular llegando a ser el 45% del peso corporal, mientras las mujeres aumentan grasas que representan el 30% del peso corporal. Es por ello que los hombres llegan a ser más pesados que las mujeres otros cambios son en el rostro, especialmente en el varón que va adquiriendo rasgos más toscos. También sucede el cambio completo de la dentadura. En cuanto al aspecto sexual, las niñas aumentan el tamaño de sus mamas, los varones manifiestan un cambio en sus genitales y en ambos sexos aparece el vello púbico (17).

El embarazo durante la adolescencia se considera a nivel mundial un problema de salud pública, por el incremento de la morbilidad y muerte materna y neonatal. Se puede considerar que algunos determinantes como la estructura familiar, las condiciones socioeconómicas, el contexto, el bajo nivel educativo y la presión social, podrían influir en las jóvenes para iniciar tempranamente su práctica sexual, el riesgo a quedar embarazada o por el contrario, el decidir por el aborto (18). Para evitar todo lo antes mencionado se debe insistir en la educación sexual de los adolescentes, para así de esta forma abrirle el ámbito del conocimiento y hacerles ver todos los problemas que pueden enfrentar si deciden empezar su

---

<sup>16</sup> MAFLA. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. En: Colombia Médica. 2008, vol. 39, N. 1, p.36-37

<sup>17</sup>CASAS, RIVERO, GONZÁLEZ. La Adolescente En Desarrollo. En: Rev. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos. 2007, Vol. 18, n. 18, p. 32-33

<sup>18</sup> MOLINA, SANDOVAL, GONZÁLEZ. Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas En: Rev Chil Obstet Ginecol Inf y Adolec. 1998, vol. 5, n.3, p. 17-28.

vida reproductiva sin tomar las medidas de protección adecuadas; en esta edad juega un rol muy importante el papel de los padres.

Las desigualdades socioeconómicas también influyen en la maternidad adolescente, tal y como lo evidencian Flórez y Soto, 2006. Las adolescentes menos educadas o de menor nivel socioeconómico están más expuestas al riesgo de embarazo a causa de un inicio más temprano de las relaciones sexuales. Además, en el estrato bajo la deserción escolar y la pobreza son, en la mayoría de los casos, condiciones previas y no consecuencia del embarazo en adolescentes (19). Sin embargo, en una proporción considerable de las adolescentes pobres se interrumpe la trayectoria educativa y se refuerza de ese modo el círculo vicioso de la pobreza.(20) Las mujeres adolescentes tienen menos probabilidades de proveer un cuidado adecuado para sus lactantes y niños, ya que a menudo carecen de la madurez, la educación y los recursos para hacerlo. Además, los niños nacidos de madres muy jóvenes tienen más probabilidades de ser prematuros, tener un bajo peso al nacer y padecer complicaciones al momento del parto, particularmente si la madre tiene menos de 15 años (21).

Prendes, en estudios realizados demostró que los factores maternos asociados con el abandono de la lactancia, aparecen con mayor frecuencia en las menores de 20 años, madres estudiantes, nivel de escolaridad primario, de ahí la

---

<sup>19</sup>MORALEZ, SERPA .Embarazo Adolescente: Un Problema País. En: Rev Chil Obstet Ginecol. 2008, vol. 73, n. 5, p. 291 - 292

<sup>20</sup>FLÓREZ, SOTO. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. En: Notas de población. 2006, vol. 83, p. 334

<sup>21</sup> UNFPA, IPEA. Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM a partir de la perspectiva de la CIPD: Resumen e Implicaciones Programáticas. En: Rev. chilena. 2007, vol. 25, n. 13, p. 42-46

importancia de que las embarazadas eleven sus conocimientos mediante una adecuada promoción y educación para la salud (22).

Después de haber mencionado algunas de las complicaciones familiares, sociales y psicológicas es de gran importancia analizar el aspecto de la cavidad oral de estas jóvenes gestantes. La caries dental y la enfermedad periodontal han sido consideradas como las enfermedades de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial (23). En la actualidad, la severidad de las mismas varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento. La caries es aún el mayor problema de salud bucodental en la mayoría de países industrializados, llegando a afectar entre 60% y 90% de la población escolar y adulta. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe de salud oral de 1997, afirmó que la caries dental sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas, por la importancia que tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento (de operatoria y rehabilitación oral), pérdida de dientes y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

La primera etapa en el desarrollo de la caries dental es el depósito, también denominado placa, habitado por un gran número de bacterias. El *Streptococcus mutans* es el agente más vinculado con la patogenia de la caries, el cual depende

---

<sup>22</sup> PRENDES, LABRADA, VIVANCO. Factores asociados a la duración de la lactancia materna. En: Rev. cubana MedIntegr. 1999, Vol. 15, n.4, p.397-402.

<sup>23</sup> ESCOBAR, BURGOS. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. En: Salud pública de México. 2010, vol. 52, n. 1 ,p. 222-224

de los azúcares para su alimento(24). Los factores salivales están relacionados con la caries dental debido a que la saliva ejerce importantes funciones en la boca, por su acción de limpieza mecánica y lubricante de las superficies mucosas y dentarias, así como su efecto antimicrobiano y su capacidad buffer debida a la existencia de amortiguadores químicos del equilibrio ácido-base disueltos en ella (25). Durante el embarazo la composición salival cambia, disminuye el pH y se afecta su función reguladora, por lo que el medio bucal se hace favorable para el desarrollo de las bacterias al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones (26).

La susceptibilidad a caries dental en el embarazo puede aumentar debido a factores como el aumento de la cantidad de Streptococcus mutans y lactobacilos acidofilos, a la ingestión más frecuente de carbohidratos y a la mayor ocurrencia de vómitos, junto a un desequilibrio del pH de la saliva (27).

La odontología tiene como misión, prevenir, mantener y devolver la salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida. Continuamente se deben adaptar diversos aspectos de esta profesión para conseguir este objetivo y de manera especial en los llamados grupos de “riesgo” por ser consideradas las adolescentes gestantes un grupo de riesgo se debe enfatizar en la salud de la

---

<sup>24</sup> RODRÍGUEZ, LÓPEZ. El embarazo su relación con la salud bucal. En: Rev. Cubana Estomatol. 2009, vol.28,n.16,p.16-19

<sup>25</sup> ROJAS, ROMERO. Flujo salival, pH y capacidad amortiguadora en niños y adolescentes cardiopatas: factor de riesgo para caries dental y enfermedad periodontal. En: CienciaOdontol.2008, vol.5, n.1, p.17-26.

<sup>26</sup> LLENA PUY C. The role of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. En: RevMed Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006, vol.11, n.27, p.449-55.

<sup>27</sup> PÉREZ, BETANCOURT, VALLADARES, MIRIELA. The dental caries associated with risk factor during pregnancy. En: Rev CubanaEstomatol .2011 ,vol.48 n.2,p.26-29

población (28). En el caso de las embarazadas, al estar clasificadas en este grupo, tienen atención estomatológica priorizada, y las actividades de promoción y prevención están encaminadas a: educar a las gestantes y a las madres en la importancia de que tanto ellas como sus hijos mantengan una adecuada higiene bucal, en la importancia de la lactancia materna para el correcto desarrollo osteomuscular de sus hijos, así como evitar la aparición de hábitos incorrectos (29). Estos grupos se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia. Uno de ellos, es el de adolescentes, quienes atraviesan por una fase de cambios dramáticos que aunados a las particularidades de cada cultura, se convierten en un reto para la práctica. Las características de crecimiento y desarrollo en este grupo y su impacto psicosocial son muy importantes para la profesión, porque al finalizar la madurez biológica en términos dento-faciales, más la consolidación de hábitos de higiene saludables, se reflejan sobre el aspecto físico del adolescente, área muy valorada por él, que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social.

En Colombia, el último informe emitido por el ENSAB III publicado en 1992, muestra un cambio de índice de cariado, obturados y perdidos por diente (COP-D) de los 12 años con un valor de 4.8 a 9.4 para edades de 15-19 años. Los anteriores hallazgos ilustran los cambios que emergen en este período de vida. Debido a que en esta etapa de la vida concluye el cambio de denticiones, se hace

---

<sup>28</sup>GONZÁLEZ, RODRÍGUEZ, SALAS. Knowledge of pregnant women from "Carlos J. Finlay" health area on oral health. En: RevCubanaEstomatol. 2007, vol.44, n.4,p.12-13

<sup>29</sup>ÁLVAREZ, SINTEZ. Temas de Medicina Integral. En: Rev. Salud y Medicina La Habana. 2001, vol.1, n.5, p.7-9

indispensable un diagnóstico más preciso sobre problemas de oclusión y pérdida congénita de dientes (30).

Anteriormente se mencionó que ser adolescentes es un factor de riesgo en cuanto a salud oral en las gestante, este está aumentado en un 40% la gravidez constituye una condición sistémica particular en la cual se modifican las propiedades bucodentales y los tejidos periodontales forman blancos directos que pueden afectarse por tal situación. Asimismo, los cambios en la producción salival, flora bucal y dieta, entre otros, constituyen factores que inciden en ello. Durante este período la composición salival se ve alterada y disminuyen el pH y la capacidad neutralizadora, con lo que se daña la función para regular los ácidos producidos por las bacterias y, consecuentemente, el medio bucal resulta favorable en el desarrollo de estas (31).

Al respecto, la combinación de cambios extrínsecos e intrínsecos que se relacionan entre sí hacen que la gestante sea vulnerable a padecer alteraciones gingivales y periodontales, pues como todo proceso salud-enfermedad, lo biológico no puede aislarse de lo social. Esta etapa también puede provocar cambios en los modos y estilos de vida, aunque de ninguna manera puede hacerse extensivo a todas las embarazadas. A lo anterior puede añadirse la deficiencia en el cepillado dental debido a 2 motivos: las náuseas que produce esta práctica y el cuadro clínico propio en esta etapa de la mujer, los cuales contribuyen a la acumulación de la placa dentobacteriana, que según se plantea

---

<sup>30</sup> MAFLA, op cit. p.3

<sup>31</sup> LLENA PUY C, Op cit. p. 14-15.

puede ser el factor causal determinante de la enfermedad periodontal (32). En la embarazada los cambios más frecuentes y marcados radican en el tejido gingival, que producen la llamada gingivitis del embarazo. Existen diferentes tipos de gingivitis con características clínicas y microbiológicas diversas: crónica, ulcerativa necrotizante (más frecuente en adolescentes que en adultos), hormonal (en la pubertad y el embarazo), farmacológica (producida por difenilhidantoína, nifedipino, entre otros) y asociada a enfermedades sistémicas (discrasias sanguíneas, enfermedades autoinmunitarias, diabetes mellitus y sida). Durante el embarazo, la secreción hormonal de estrógenos aumenta 30 veces y la de progesterona, 10 veces, en comparación con lo que ocurre en el ciclo sexual normal de la mujer. La influencia hormonal actúa como una respuesta inflamatoria intensa y aumenta la permeabilidad vascular y exudación, que provoca la estasis de la microcirculación, lo cual favorece la infiltración de líquidos en los tejidos perivasculares (33).

Aunque se ha comprobado que el estrógeno y la progesterona tienen una función importante en el desarrollo de la inflamación e incremento del exudado del surco gingival, se sostiene que la placa bacteriana es el factor causal de la enfermedad, interviniendo el componente hormonal cuando hay presencia de irritantes locales y cambios gingivales no controlados. Hay una directa correlación positiva entre la cantidad de placa bacteriana, la severidad de la gingivitis y la higiene bucal como agente etiológico primario (34). Hay tendencia a conceptuar que el embarazo por

---

<sup>32</sup> SOSA, MOJÁIBER. Municipios por la Salud. Dirección Nacional de Estomatología. En: Rev. cubana. 2009, vol. 19, n.1, P. 89-91.

<sup>33</sup>SEIF. Cariología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental. En: Rev. méd. Chile. 2007, vol. 135 n.1, p.79-86

<sup>34</sup>CARRANZA, NEWMAN. Periodoncia Clínica. 9º ed. Interamericana. 2004. P.76-77

sí mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival en este periodo se relaciona con la presencia de placa dentobacteriana, cálculo dental y el nivel deficiente de higiene bucal, interviniendo los factores hormonales exagerando la respuesta a los irritantes locales. Las enfermedades bucales tienen relación con el nivel de instrucción y los hábitos de la población, lo cual confirma una vez más el hecho de que los estilos de vida son uno de los determinantes principales de la salud en los países. La promoción de la salud bucal durante el embarazo es una de las medidas que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la embarazada y su hijo (35).

Por otra parte, se ha demostrado que el sistema inmunológico materno presenta algunas modificaciones particulares que evitan el rechazo inmunológico entre la madre y el feto. Se refiere que la progesterona funciona como un inmunosupresor en los tejidos gingivales de mujeres embarazadas al prevenir el tipo agudo-rápido de reacción inflamatoria contra la placa, para permitir reacción del tejido crónica-creciente, que da lugar clínicamente a una respuesta exagerada de la inflamación. En otros estudios se ha evidenciado que muchas veces, a pesar del control de la placa y demás factores de riesgo, está implícita la inflamación gingival como respuesta a una disminución de las células T, lo cual sugiere que esta depresión sea un elemento en la sensibilidad alterada de los tejidos de la

---

<sup>35</sup> KÜHNER, RAETZKE. The health belief model on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. En: Rev. de Periodontología. 1989, vol. 60, n.18, p. 51-56.

encia. A pesar de que los cambios gingivales durante el embarazo son los más marcados, los periodontales no se excluyen. (36)

El organismo en estado de gestación produce una hormona llamada relaxina, cuya función radica en relajar las articulaciones de la gestante para facilitar el parto. Algunos investigadores plantean que esta hormona puede actuar también en el ligamento periodontal y provocar una ligera movilidad dentaria que facilita la entrada de restos de alimentos y el depósito de la placa dentobacteriana entre la encía y el diente, lo que origina la inflamación de estas. Esta movilidad de los dientes se diferencia porque no produce pérdida de la inserción dentaria ni precisa tratamiento y remite posparto, pues es raro que el daño periodontal sea irreversible (37).

Otro factor que afecta con gran frecuencia es la caries dental es la enfermedad bacteriana que históricamente y con mayor frecuencia ha afectado la cavidad bucal de la población. Varios autores señalan que es un proceso de origen multifactorial en el que intervienen cuatro factores: microbianos (presencia de bacterias), del sujeto (diente susceptible), del ambiente (presencia de carbohidratos refinados y fermentables) y el tiempo (38).

El periodo gestacional se relaciona con una mayor incidencia de lesiones cariosas. Si bien es cierto que se producen profundos cambios en la mujer durante esta

---

<sup>36</sup>MOLINA, CUMSILLE, MARTÍNEZ. Prevention of Pregnancy in High-Risk Women: Community Intervention in Chile. En: Rev chilena. 2003, vol. 4, n.9, p. 25-28.

<sup>37</sup>SMITH, BATTLE. The Vulnerabilities of Teenage Mothers: Challenging Prevailing Assumptions. Advances in Nursing Science. En: rev med Chile. 2000, vol. 72, n. 2, p. 72

<sup>38</sup>PINKHAM .Odontología pediátrica. En acta odontológica venezolana. 2011, vol.49, n.2 p. 180-186.

etapa de su vida, existe una asociación popular científicamente no demostrada, entre la gestación con el incremento de caries y la pérdida de dientes (39).

Además de estos factores de riesgo referidos aparecen referencias (40) de otro, el embarazo previo, el que se ha sugerido pudiera elevar la severidad de las enfermedades bucales que afectan a la mujer durante la gestación.

A continuación le mostraremos una parte de la problemática social que se encuentra en Colombia como resumen de todo lo antes mencionado según la ENDS (41) 2010, los mayores porcentajes de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas están en las regiones de Orinoquía y Amazonía, Pacífico y Caribe. A su vez el mayor porcentaje de adolescentes en embarazo de su primer hijo está en las regiones Caribe, Bogotá y en la Orinoquía-Amazonía. También los datos de la ENDS muestran que, aunque la tasa de fecundidad tanto en las zonas urbanas como en las rurales ha disminuido respecto al año 2005, la brecha entre las dos aún persiste. La tasa de fecundidad adolescente en la zona urbana para el 2010 fue de 73 nacimientos por mil, mientras que en la zona rural fue de 122 nacimientos por mil.

En este estudio se realizó un examen estomatológico para evaluar las condiciones de salud oral de los sujetos de estudio, el cual incluyó los índices de O'Leary, COP-D y TNF

---

<sup>39</sup>GARBERO. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. En: Acta OdontolVenez. 2012, vol. 25, n. 5, p. 26-28

<sup>40</sup>BETANCOURT, VALLADARES, PÉREZ. Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. En: Rev. Cubana Estomatol.2009, vol.49,n,2,p.12-15.

#### **4.1 INDICE O'LEARY**

Se realiza mediante la tinción del biofilm de placa con una sustancia reveladora de doble tono. El índice de O'Leary se realiza registrando las superficies dentarias libres y proximales teñidas. El resultado del índice de O'Leary (42) se expresa en forma de porcentaje este índice indica la capacidad del control mecánico de la biopelícula antes y después de la enseñanza de la higiene bucal. En este estudio se registraron 4 superficies de cada diente, por vestibular, mesial, distal y palatino para el diagnóstico. Luego de este procedimiento se procedía al conteo de las caras teñidas para obtener el porcentaje de PB en las adolescentes; inmediatamente de esto se realizó profilaxis.

#### **4.2 ÍNDICE PERIODONTAL DE NECESIDADES (TNF)**

Registra las condiciones comunes y tratables: sangramiento e inflamación gingival, bolsa periodontal y cálculos (43). Divide la boca en seis sextantes definidos por los dientes: 17-14, 13-23, 24, 27; 37-34, 33-43, 44,47.

Un sextante sólo se debe examinar si hay dos o más dientes presentes que no están indicados para extracción. Los dientes que se consideran para la obtención del Índice son: en este estudios se analizaron los siguientes dientes: 51-11;55-16; 65-26; 71-31, 75-36; 85-46.

---

<sup>42</sup> LINDHE, JAN. Periodontología Clínica e implantología Odontológica. En: Rev. Cubana Estomatol.2009, vol.28, n.4, p.75-76.

<sup>43</sup> OLIMON KM. Fundamentos de Epidemiología Ediciones Díaz de Santos. En: Revista Cubana de Estomatología. 2011, vol.48,n.2, p.104-112.

### **4.3 INDICE COP-D:**

Se realiza para cuantificar la prevalencia de la caries dental (44). Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Signos: C = caries, 0 = obturaciones, P = perdido.

Además de precisar todos los aspectos de la salud bucodental y el examen extraoral regional donde se valoró aspecto como: Piel y mucosas, Nódulos linfáticos, Simetría facial.

### **4.4 INSTRUMENTO ISF:GES 17**

Este es un instrumento de salud familiar está compuesto por tres secciones la primera describe aspectos para el conocimiento y tipificación de la familia. La segunda contiene libreto de aplicación para que el entrevistador lo lea al participante. Y la tercera está compuesta por diecisiete ítems que puntúa en dos escalas: organización sistémica y satisfacción. Esta cuenta con una escala de Likert, con un contenido basado en la organización sistémica y satisfacción de la participante, este cuestionario consta de 17 ítems destinados a medir cómo se representa la familia para el entrevistado y en la satisfacción que tanto le gusta al individuo lo que describió acerca de la familia. Esta escala se puntúa con valores de 4, 3,2 ó 0. Las escalas están destinadas a indagar sobre aspecto relacionados

---

<sup>44</sup> SOSA, op cit p. 85

con la organización interna de la familia, clasificando en tres grupos resultantes del análisis de factores, que se presenta a continuación en (45).

#### 4.4.1 FACTOR 1: CRECIMIENTO FAMILIAR (MORFOGÉNESIS)

Refleja el ajuste de la familia en el proceso de acomodación a las necesidades cambiantes de sus miembros.

#### 4.4.2 FACTOR 2: ESTABILIDAD FAMILIAR (HOMEOSTASIS)

Refleja la tradición y patrones de comportamiento común enraizados en los valores básicos y creencias culturales que proveen a la familia un sentido de pertenencia y seguridad.

#### 4.4.3 FACTOR 3: COHESIÓN

Comprende el sentido de pertenencia, lazos de solidaridad, intimidad, cuidado y cercanía de los miembros (45).

Organización sistémica				Satisfacción			
<b>Nunca</b>	<b>Rara vez.</b> 	<b>Algunas veces</b> 	<b>Siempre.</b> 	<b>No me gusta</b> 	<b>Me gusta poco.</b> 	<b>Me gusta.</b> 	<b>Me gusta mucho.</b> 

<sup>45</sup> AMAYA. instrumento de salud familiar; ISF: GES-17; familia con gestantes: Universidad nacional de Colombia, 2004. Pag. 72

#### 4.4.4 PUNTOS DE CORTE

Con fin el de identificar aquellas familias con puntajes extremos, bajos, o altos; se definieron dos puntos de corte y tres categorías de clasificación. Teniendo en cuenta que en la distribución de los puntajes de la muestra la prueba parecer menos discriminantes por encima de la media y por debajo de la media, se estableció que el rango entre 1.5 desviación estándar por debajo de la media y 0.5 desviación estándar por encima, rango que agrupa a la mayorías de personas de la muestra normativa es el rango de familia saludable. Los que están por debajo de 1.5 de la desviación estándar de la media se consideran familia poco saludables, y los puntajes por encima de 0.5 desviación estándar de la media corresponden a las familias muy saludables. Tras definir los puntos de corte en la escala de puntuaciones E, se procedió a establecer la equivalencia de tales puntos en la escala de percentiles. En la escala percentiles el punto de corte superior se encuentra en el percentil 61 y el inferior en el percentil 9

Para hacer el diagnóstico familiar se utilizó el instrumento ISF-GES 17 y reconocer que tan satisfechas están las adolescentes y que tan organizadas están las familias (46)

---

<sup>46</sup> Ibid, p. 73

#### 4.4.5 CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR EN GESTACIÓN

**Sistema familiar muy organizado** puntajes brutos entre los percentiles 62 y 99, o en puntuaciones E superiores a 65.

**Sistema familiar organizado:** puntajes brutos entre los percentiles 10 y 59, o entre las puntuaciones E 46 y 64.

**Sistema familiar poco organizado:** puntajes brutos entre los percentiles 1 y 9, o entre las puntuaciones E inferiores a 45.

**Familia con gestante muy satisfecha:** puntajes brutos ubicados entre los percentiles 63 y 99, o en puntuaciones E superiores a 65.

**Familia con gestante satisfecha:** puntajes brutos ubicados entre los percentiles de 10 y 60 por en puntuaciones E 46 y 64.

**Familia con gestante poco satisfecha:** puntajes brutos ubicados entre los percentiles por debajo de 8, o en puntuaciones E por debajo de 45 (47).

---

<sup>47</sup>Ibid, p.75

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo.

### 5.2 Población y muestra

La población estuvo formada por adolescentes embarazadas con edades de 11 a 19 años perteneciente a la fundación Juan Felipe de la ciudad de Cartagena, 2013-2014, las cuales fueron un total de 280.

### 5.3 Cuadro de variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES		
VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR
Edad	Edad cronológica de cada individuo	Años cumplidos
Procedencia	Permite saber de qué zona viene	Rural, urbana
Estudia	Permite conocer si la adolescente actualmente se encuentra realizando algún tipo de estudio	Sí, no
Nivel de escolaridad	año cursado actualmente	Transición, primero, segundo, tercero, cuarto, quinto de primaria, sexto, séptimo, octavo, noveno de educación básica secundaria, décimo y undécimo de educación media y educación superior
Seguridad social	Con cual régimen esta cobijada su salud	Contributivo, subsidiado, desplazado, vinculado o régimen especial
Trabajo	Actualmente la adolescente se encuentra realizando algún tipo de	Sí, no

	trabajo laboral	
Rol familiar	Papel que desempeña en la familia	Formador de hijo, padre, madre, padre y madre, hijo, otro
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS FAMILIAS</b>		
Vivienda	Tenencia de la vivienda	Propia arrendada
Tipo de vivienda	Donde se encuentran viviendo	Casa, apartamento, habitación, otros
Tipo de familia	Permite conocer la estructura familiar	Familia extensa, familia nuclear, familia nuclear numerosa, familia nuclear amplia con agregados, familia nuclear ampliada con parientes, familia binuclear, familia monoparental, madre o padres solteros, equivalentes familiares, vive solo en la casa
Riesgo	Hallar el riesgo de la familia según el tipo	Cualquier modalidad de pareja, extensas y atípicas
Estado laboral	Permite conocer que miembros de la familia se encuentran laborando actualmente	Padre, madre, ambos padres ,tíos, abuelos, otra persona, ninguno trabaja, más de dos personas trabajan
Ingresos económicos	Hace referencia a las ganancias económicas recibidas cada mes por los miembros de la familia según el decreto 4919 de 2011	Menos de 1 salario mínimo legal vigente. Entre 1 y 2 salarios mínimos legales vigentes. Más de 3 salarios mínimos legales vigentes
Estrato socioeconómico	Es una herramienta que utiliza el gobierno de Colombia (decreto 196 de 1989) para clasificar a los ciudadanos de acuerdo sus ingresos familiares, propiedades, etc. Relacionándolos con la educación, ocupación. Se tomará en cuenta el estrato reportado en el recibo del servicio de la luz.	1: estrato bajo-bajo, 2:estrato bajo, 3: estrato medio bajo, 4: estrato medio, 5: estrato medio alto, 6 : estrato alto
Nivel de escolaridad de los padres y conyugue	Ultimo año cursado o aprobado y clasificado según la ley 115	Analfabeta, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, técnico, universitario, no sabe

Ocupación de los padres y conyugue	Profesión, acción o función que se desempeña para ganar el sustento.	Fuerza pública, personal directivo de la administración pública y empresas, profesionales universitarios, científicos e intelectuales, técnicos postsecundarios, asistentes, empleados de oficina, trabajadores de los servicios y vendedores, agricultores, trabajadores y obreros agropecuarios, forestales y pesqueros, oficiales operarios, artesanos y trabajadores de la industria manufacturera, de la construcción y de la minería, operadores de instalaciones de máquinas y ensambladoras, trabajadores no calificados, pensionado; desempleado, ama de casa, no sabe, fallecido, estudiante
<b>HÁBITOS DE HIGIENE ORAL</b>		
Uso de cepillo dental	Actualmente se utiliza o no cepillo dental.	Sí, no
Cepillado adecuado en embarazo	Hace referencia a la edad en la que el cuidador dio inicio al cepillado o limpieza de la cavidad oral.	Hasta un año, de dos a tres años, más de tres años.
Frecuencia de cepillado	Las veces en que se cepillan los dientes al día.	1 a 2 veces, 3 a 4 veces, más de 5 veces
Duración de cepillado	Cuanto tiempo en minutos demora el cepillado.	De 1 a 2 minutos, de 3 a 5 minutos.
Técnica de cepillado	Forma o manera en que habitualmente emplean el cepillo de dientes al momento de cepillarse.	Horizontal, vertical, circular, combinada
Uso de crema	Implementación o no de crema dental.	Sí, no
Uso de enjuague bucal	Utilización o no de enjuague bucal.	Sí, no
Uso de seda dental	Implementación o no de seda dental.	Sí, no
Cepillado antes de dormir	Presencia o ausencia del hábito de cepillado antes de dormir	Sí, no
Charlas sobre salud oral	Recibido o no educación sobre salud oral	
<b>ACCESO AL SERVICIO ODONTOLÓGICO</b>		
Visita del odontólogo en embarazo	Hace referencia a si ha recibido o no aplicaciones de flúor tópico.	Sí, no

Mes de embarazo en que asistió al odontólogo	Permite conocer si se ha asistido o no a citas odontológicas en el último año.	Sí, no
Número de visitas	Cuántas veces se ha asistido a citas odontológicas en el último año.	Entre 1 y 2 visitas, más de 3 visitas, ninguna visita
Última visita al odontólogo	Estimación aproximada de la fecha de la última visita odontológica.	De 1 a 6 meses, de 6 meses a 1 año, más de 1 año, ninguna visita.
<b>CONDICIONES DEL SERVICIO ODONTOLÓGICO</b>		
Atención del odontólogo	Permite conocer como fue la atención brindada por el odontólogo	Buena, regular, mala, no aplica.
Consulta adecuada	Permite conocer la atención ofrecida por el odontólogo en la consulta prenatal	Sí, no
Temor del odontólogo	El odontólogo mostro inseguridad en el momento de atenderla	Sí, no
Preparación del odontólogo	Permite conocer si para las adolescentes el odontólogo cuenta con la adecuada preparación para atenderlas	Siempre, algunas veces, nunca, no ha sido atendido.
Recursos necesarios	Permite conocer si los consultorios cuentan con todos los recursos necesarios para la atención	Sí, no, no aplica.
<b>EXAMEN CLÍNICO</b>		
Presencia de restos radiculares	Determina la cantidad de restos radiculares en adolescentes.	Sí, no
Índice COP	Numero de dientes cariados obturados y perdidos	Numero de dientes cariados
		Numero de dientes obturados
		Numero de dientes perdidos
Presencia de cálculos	Determina si presenta o no cálculos dentales	Sí, no
Presencia de placa	Determina si presenta placa bacteriana en boca	Sí, no

Índice de placa O'Leary	Porcentaje de placa según el índice de placa O'Leary	Porcentaje de placa presentado.
Diagnostico periodontal	Permite conocer la enfermedad periodontal presente en boca	Gingivitis, periodontitis
Índice TNF	Determina necesidad de tratamiento periodontal	Sano
		Hemorragia
		Calculo
		Bolsa periodontal
<b>IMPACTO CAUSADO POR EL EMBARAZO</b>		
Emb. Deseado	Permite saber si en el momento del embarazo fue planeado o no	Sí, no
Aceptación fam.	Como ha sido la afectación en la familia sobre su embarazo	Buena, regular y mala
Emb. Afecto rel. Familiar	La noticia del embarazo afecto las relaciones familiares	Sí, no
Reacción ante emb.	Cual fue la reacción cuando se enteró de su embarazo	Aceptación, rechazo
Relación conyugue	Como es la relación con el conyugue	Buena, regular y mala
<b>MITOS ACERCA DE SALUD ORAL EN PADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DE TIERRA BAJA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se puede ir al odontólogo</li> <li>• no toma de rx</li> <li>• se te inflaman las encías</li> <li>• no trata odontológico</li> <li>• se te aflojan los dientes</li> <li>• caigan las calzas</li> <li>• extracción=perdida de bebe</li> <li>• odontólogo=bebe bajo de peso</li> <li>• obligatorio asistir al odontólogo.</li> <li>• Embarazo da caries</li> </ul>	Conocimiento de las adolescentes acerca de la veracidad, o no de los mitos odontológicos relacionados con el embarazo, anteriormente planteadas.	Verdadero, falso.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• embarazo menos saliva</li> <li>• duelan dientes</li> <li>• no tomar medicamentos</li> <li>• no aplicar anestésico</li> <li>• descalcificación de dientes</li> <li>• cepillado=vomito</li> <li>• no endodoncia</li> <li>• no exodoncia</li> </ul>		
<b>FUNCION FAMILIAR Y SOPORTE DE AMIGOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.</li> <li>• Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.</li> <li>• Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.</li> <li>• Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor</li> <li>• me satisface como compartimos en mi familia.</li> </ul>	Permite conocer la funcionalidad familiar	Nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos</li> <li>• tiene usted algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?</li> </ul>	Permite conocer el soporte de amigos	Nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre
<b>FACTORES DE RIESGO DE LA FAMILIAS CON GESTANTE</b>		
Su familia la anima para que vaya a talleres y reuniones para		

embarazadas.		
Su familia se rebusca para mejorar la situación económica desde que usted está embarazada.		
Su familia permite dedicarle parte de su tiempo para prepararse para el parto.		
Su familia se organiza diferente a medida que su embarazo ha progresado.		
La entusiasman para que usted aprenda sobre su embarazo.		
En su familia se manifiestan con detalles el cariño por la criatura que va a nacer.		
Desde que está embarazada, usted ha descubierto que es importante para su familia.	Permite conocer en las familias de las gestantes, la satisfacción, organización sistémica, salud familiar total, crecimiento, estabilidad y cohesión	Nunca rara vez. Algunas veces siempre.
Su embarazo ha hecho que usted y su compañero se dediquen más tiempo.		Y
En su familia aceptan su embarazo sin críticas.		No me gusta, me gusta poco, me gusta, me gusta mucho.
Le preguntan lo que usted necesita durante el embarazo.		
Su familia hace planes para el momento del nacimiento.		
Su familia le colabora más con los oficios domésticos.		
Si usted no puede hacer las cosas como antes del embarazo, alguno lo reemplaza.		
Su familia ha apoyado que usted se organice por su embarazo.		
Si hay complicaciones por su embarazo, alguno de su familia dejaría lo que hace para cuidarla.		

Usted le consulta a su familia para tomar decisiones sobre su embarazo.		
Su familia averigua donde es menos caro para gastos de embarazo		

#### **5.4 Plan de recolección de datos.**

Se realizó una encuesta auto-administrada, la cual fue diligenciada a total satisfacción, comprometiéndose a incluir los datos con veracidad y se les garantizo total confidencialidad con la información personal a que tendrían acceso los investigadores, esta se realizó en el periodo final del año 2013 y el primer semestre del año 2014. En la que se midió la funcionalidad familiar, factores de riesgo de la familia y variables sociodemográficas de cada familia de las adolescentes, así como hábitos de higiene oral, aspecto psicoafectivos, mitos de salud bucal en embarazo, de cada una de las encuestadas. Posteriormente en las adolescentes se llevó a cabo la valoración en la que se midió el estado de los tejidos blandos, índice de placa de O’leary, índice periodontal de necesidades comunitarias e índice COP.

### **5.5 Instrumento y prueba piloto.**

Para evaluar la percepción de la Salud Familiar se utilizó el ISF: GES 17; este es un instrumento de salud familiar compuesto por diecisiete ítems que puntúa en dos escalas: organización sistémica y satisfacción. Esta cuenta con una escala de Likert, con un contenido basado en la organización sistémica y satisfacción de la participante, este cuestionario consta de 17 ítems destinados a medir cómo se representa la familia para el entrevistado y en la satisfacción que tanto le gusta al individuo lo que describió acerca de la familia. Esta escala se puntúa con valores de 4, 3, 2 ó 1. Las escalas están destinadas a indagar sobre aspectos relacionados con la organización interna de la familia, clasificando en tres grupos crecimiento, estabilidad y cohesión.

Escala de salud familiar total: este se define en tres categorías: Familia muy saludable (PE > 65); Familia saludable (PE 65-45) y Familia poco saludable (PE <45).

Para medir la funcionalidad familiar, se utilizó el APGAR familiar con base en las dimensiones adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos el cual divide las familias en funcionales y disfuncionales, los puntajes para las respuestas de cada ítem son 0= nunca, 1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= casi siempre y 4= siempre, la suma de los puntajes de cada respuesta arroja un resultado clasificando las familias así: buena funcionalidad familiar= 18-20 puntos,

disfunción familiar leve= 14-17 puntos, disfuncionalidad familiar moderada= 10-13 y disfunción familiar severa= 9 puntos o menos.

Las encuestas fueron aplicadas por tres examinadores entrenados en un pilotaje previo, realizado sobre embarazadas con características similares a la población objeto de estudio, se tuvieron en cuenta la plausibilidad de las preguntas de acuerdo al contexto y la comprensión que los participantes tenían con respecto al instrumento utilizado y se revisaron los resultados de las pruebas pilotos con el especialista de Salud Familiar del estudio.

## **5.6 Análisis estadístico**

Para el análisis de dicha información los resultados fueron almacenados en una matriz elaborada en Excel y posteriormente fueron analizados en el programa STATA versión para Windows 11.1, teniendo en cuenta distribuciones de frecuencia en cada variable. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba chi<sup>2</sup> con valor de P (<0.05), teniendo en cuenta intervalos de confianza del 95%.

## **5.7 Consideraciones éticas**

Por ser un estudio descriptivo con mediciones sobre seres humanos, los procedimientos se soportaron en la Declaración de Helsinki de 1975, modificación de Edimburgo 2000 (48), y en la Resolución (49) 008430 de 1993 del antiguo

---

<sup>48</sup>Declaración de Helsinki. Revisión de la Declaración de Helsinki Asociación Médica Mundial.

<sup>49</sup>técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá Ministerio de Salud, República de Colombia; 1993.

Ministerio de Salud de la República de Colombia, y se diligenció un consentimiento informado por escrito, en el que se le explicaba a los participantes el propósito del estudio, los riesgos a que podrían estar expuestos durante el examen clínico y los beneficios que se obtendrían a partir de los resultados.

## 6 RESULTADOS

La media de edad de las mujeres evaluadas en el presente estudio fue de 16,9 años (DE: 0,9), las cuales presentaban bajo nivel de escolaridad (61%) y el estrato socioeconómico más prevalente fue el bajo (71%), con ingresos de menos o igual a un salario mínimo en el 68% de ellas. El 45% se hallaban en el 2° trimestre de embarazo. Ver tablas 1 y 2.

**Tabla 1.** Variables socio-demográficas de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Edad</b>		
Adolescente temprana	180	64,3
Adolescente tardía	100	35,7
<b>Procedencia</b>		
Rural	63	22,5
Urbana	217	77,5
<b>Estudia</b>		
Si	197	70,3
No	83	20,7
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Bajo (hasta secundaria incompleta)	171	70,3
Alto (desde secundaria completa)	109	29,7
<b>Estrato</b>		
Bajo (1, 2, 3)	212	75,7
Alto (4,5,6)	68	24,3
<b>Escolaridad</b>		
<b>Padre</b>		
Baja (hasta secundaria incompleta)	161	57,5
Alta (desde secundaria completa)	119	42,5
<b>Madre</b>		
Baja (hasta secundaria Incompleta)	185	66

Alta (desde secundaria Completa)	95	34
<b>Conyugue</b>		
Baja (hasta secundaria Incompleta)	125	44,6
Alta (desde secundaria Completa)	155	55,4
<b>Religión</b>		
Católica	149	53,2
Cristiana	113	40,3
Adventista	3	1,3
Otra	15	5,3
<b>Seguridad social</b>		
Contributivo	67	23,9
Subsidiado	183	65,3
Desplazado	19	6,8
Vinculado	8	2,9
Régimen especial	3	1,07
<b>Trabaja</b>		
Si	12	4,3
No	268	95,7
<b>Rol familiar</b>		
Distinto a formador de hijo	151	54
Formador de hijo	129	46
<b>Meses de embarazada</b>		
1 trimestre	40	14,3
2 trimestre	133	47,5
3 trimestre	107	38,2

**Tabla 2.** Condiciones de vivienda y factores familiares de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la fundación Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Vivienda</b>		
Propia	101	36
Arrendada	79	28
Familiar	100	35
<b>Tipo vivienda</b>		
Casa	211	75,3
Apartamento	41	14,6
Habitación	28	10
<b>Riesgo familiar (tipo)</b>		
Extensas y atípicas	84	30
Nuclear	196	70
<b>Ingresos</b>		
<=1 salario mínimo	190	68
> 1 salario mínimo	90	32

Referente a los antecedentes de enfermedades familiares, dentro las principales enfermedades se encontraron, hipertensión arterial (13,6%), alcoholismo (13%) y diabetes (14%). Ver tabla 3.

**Tabla 3.** Antecedentes de enfermedades en familiares de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Alcoholismo</b>		
<b>No</b>	242	86.43
<b>Si</b>	38	13.57
<b>Diabetes</b>		
<b>No</b>	241	86.07
<b>Si</b>	39	13.93
<b>HTA</b>		
<b>No</b>	242	86.43
<b>Si</b>	38	13.57
<b>Anemia</b>		
<b>No</b>	245	87.50
<b>Si</b>	35	12.50
<b>Infarto</b>		
<b>No</b>	272	97.14
<b>Si</b>	8	2.86
<b>Artritis</b>		
<b>No</b>	272	97.14
<b>Si</b>	8	2.86
<b>enf. Mental</b>		
<b>No</b>	274	97.86
<b>Si</b>	6	2.14
<b>Asma</b>		
<b>No</b>	258	92.14
<b>Si</b>	22	7.86
<b>enf. Renal</b>		
<b>No</b>	279	99.64
<b>Si</b>	1	0.36
<b>Maltrato</b>		
<b>No</b>	271	96.79
<b>Si</b>	9	3.21
<b>Cáncer</b>		
<b>No</b>	266	95.00
<b>Si</b>	14	5.00
<b>Epilepsia</b>		
<b>No</b>	278	99.29
<b>Si</b>	2	0.71

<b>ret. Mental</b>		
<b>No</b>	277	98.93
<b>Si</b>	3	1.07
<b>Desnutrición</b>		
<b>No</b>	271	96.79
<b>Si</b>	9	3.21
<b>Hemofilia</b>		
<b>No</b>	262	93.57
<b>Si</b>	18	6.43

Otras variables mostraron resultados relevantes con respecto a los hábitos de salud bucal: solo el 51% asegura cepillarse durante más de un minuto; el 80% de las encuestadas refirió no usar seda dental y un alto porcentaje de la muestra no se cepilla antes de dormir (82%). Ver tabla 4

**Tabla 4.** Hábitos de salud bucal en adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Usa cepillo</b>		
Si	277	98,9
No	3	1,06
<b>Dificultad cepillado</b>		
Si	38	13,6
No	242	86,4
<b>Frecuencia de cepillado</b>		
Menos de 3 veces	153	54,6
Tres o mas	127	45,3
<b>Tiempo de cepillado</b>		
<= 1 minuto	135	48,2
Mas de 1 minuto	145	51,8
<b>Tipo de cepillo</b>		
Cerdas suaves	135	48,2
Cerdas medias	108	38,6
Cerdas duras	37	13,2
<b>Técnica cepillado</b>		
Horizontal	31	11,07
Vertical	18	6,4
Circular	46	16,4

Combinada	181	64,6
Otra	4	1,4
<b>Uso de crema dental</b>		
No	8	2,8
Si	272	97,2
<b>Uso de enjuague</b>		
No	181	64,6
Si	99	35,4
<b>Uso de seda dental</b>		
No	224	80,6
Si	56	19,3
<b>Otros hábitos de higiene</b>		
Ninguno	260	92,9
Sal	6	2,1
Bicarbonato	12	4,3
Sal y bicarbonato	2	0,7
<b>Cepillado antes de dormir</b>		
No	231	82,5
Si	49	17,5

Con referencia a salud bucal fueron detectados otros hallazgos tales como presencia de gingivitis en la totalidad de la muestra (100%), con un índice de placa mayor de 30% (87%). Ver tabla 5.

**Tabla 5.** Diagnostico bucal de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Presencia de restos radiculares</b>		
Si	18	6,4
No	262	93,6
<b>Obturaciones desadaptadas</b>		

Si	53	18,9
No	227	81,1
<b>Presencia de calculo</b>		
Si	125	44,6
No	155	55,4
<b>Presencia de placa bacteriana</b>		
Si	280	100
<b>% Placa bacteriana</b>		
>30%	244	87
< 30%	36	13
<b>Diagnostico Periodontal</b>		
Gingivitis	280	100
<b>Hábitos</b>		
Onicofagia	52	18,6
Bruxismo	19	6,8
Succión digital	10	3,6
Queilofagia	16	5,7
Onicofagia y bruxismo	5	1,7
Onicofagia, succión digital y queilofagia	2	0,7
No presenta	176	62,9

Los diagnósticos extraoral y de estructuras bucales no suministraron datos de gran importancia para el estudio. Ver tabla 6.

**Tabla 6.** Diagnostico extraoral y de estructuras orales de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>PIEL MUCOSA</b>		
manchas múltiples	10	3.57
Ninguno	270	96.43
<b>NODULOS LINFATICOS</b>		
Submandibular		
Perceptible	9	3.21
Ninguno	271	96.79

<b>SIMETRIA FACIAL</b>		
Desviación de línea media	11	3.93
tercio inferior aumentado	10	3.57
tercio inferior disminuido	3	1.3
Ninguna	256	91.43
<b>CARILLO(DX)</b>		
hiperqueratosis friccional	13	4.64
Ninguna	267	95.36
<b>CARA DORSAL</b>		
<b>LENGUA(DX)</b>		
Saburral	19	6.79
Fisurada	10	3.57
Ninguna	251	89.64
<b>MUCOSA LABIAL SUP(DX)</b>		
hiperqueratosis friccional	1	0.36
Petequias	2	0.71
Queilitis	3	1.07
Ninguna	274	97.86
<b>MUCOSA LABIAL INF(DX)</b>		
hiperqueratosis friccional	3	1.07
Petequias	5	1.79
Queilitis	2	0.6
Ninguna	270	96.43
<b>PALADAR DURO(DX)</b>		
Torus palatino	48	17.14
Ninguna	232	82.86

En cuanto al índice de necesidad de tratamiento periodontal se encontró que el 54% de las adolescentes presentan necesidad de Instrucción de higiene oral y motivación. Ver tabla 7.

**Tabla 7.** Índice periodontal de necesidades en las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Dientes sanos</b>		
No	35	12.50
Si	245	87.50
<b>Hemorragia</b>		
Si	258	92.14
No	22	7.86
<b>Calculo</b>		
Si	134	47.86
No	146	52.14
<b>bolsa 4-5mm</b>		
No	280	100.00
<b>bolsa + de 6 mm</b>		
No	150	100.00
<b>Gingivitis</b>		
Si	272	97.14
No	8	2.86
<b>Periodontitis</b>		
No	280	100.00
<b>Instrucción de higiene oral y motivación</b>		
Si	145	51.79
No	135	48.21
<b>Detartraje supragingival, profilaxis, motivación</b>		
Si	135	48.21
No	145	51.79
<b>Detartraje subgingival, profilaxis, motivación</b>		
No	280	100.00

Se pudo establecer que en el 53 % de las adolescentes su embarazo fue no deseado, y el 43% no presenta buena relación con el conyugue, además de tener actitud de rechazo solo en el 21% de las familias de las adolescentes. Ver tabla 8.

**Tabla 8.** Impacto del embarazo y las relaciones interpersonales de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Embarazo Deseado</b>		
no	149	53.21
si	131	46.79
<b>Controles prenatales</b>		
no	36	12.86
si	244	87.14
<b>Aceptación familiar</b>		
mala	100	35.7
buena	180	64.29
<b>Embarazo afectó relaciones familiares</b>		
si	84	30.00
no	196	70.00
<b>Reacción ante embarazo</b>		
rechazo	60	21.43
aceptación	220	78.57
<b>Relación Conyugue</b>		
mala	119	42.5
buena	161	57.50

Al indagar en las adolescentes sobre la presencia de mitos acerca de la salud oral en relación con el embarazo, se observó que gran parte de la población no presenta falsos conocimientos, a pesar de que el 75% de las encuestadas expresan que es falso el hecho de que al no asistir al odontólogo él bebe puede

nacer bajo de peso, sin embargo existe grandes porcentajes de aciertos en la mayoría de los mitos restantes, el 76% considera falso que al realizar una exodoncia hay riesgos de perder al bebe, así como el 82% respondió que es obligatorio asistir al odontólogo mientras se encuentra en estado de embarazo. (Ver tabla 9)

**Tabla 9.** Mitos entre salud bucal y embarazo en las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	Verdadero		Falso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
• No se puede ir al odontólogo	61	23,3	219	76,6
• No toma de rx	121	43,6	159	56,3
• Se te inflaman las encías	103	36,6	177	63,3
• No trata odontológico	79	28,3	201	71,6
• Se te aflojan los dientes	94	33,6	186	66,4
• Caigan las calzas	78	27,6	202	72,3
• Extracción=perdida de bebe	66	23,5	214	76,5
• Odontólogo=bebe bajo de peso	70	24	210	76
• Obligatorio asistir al odontólogo	232	82	48	18
• Embarazo da caries	156	54,6	124	45,3
• Embarazo menos saliva	68	24,3	212	75,6
• Duelan dientes	109	39	171	61
• No tomar medicamentos	174	62	106	38
• No aplicar anestésico	145	51,7	135	48,3
• Descalcificación de dientes	148	51,3	132	48,6
• Cepillado=vomito	87	31	193	69
• No endodoncia	107	38,3	173	61,6
• No exodoncia	112	40	168	60

Funcionalidad familiar y soporte de amigos, las familias de las embarazadas adolescentes se encuentran un 39% en leve disfuncionalidad. Ver tabla 10

**Tabla 10.** Funcionalidad familiar y soporte de amigos de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Funcionalidad familiar</b>		
Buena funcionalidad	93	33,21
Leve disfuncionalidad	109	38,93
Moderada disfuncionalidad	52	18,57
Severa disfuncionalidad	26	9,29
<b>Soporte amigos</b>		
Si	178	63,57
No	102	36,43

El divorcio o separación conyugal y, la ansiedad y estrés permanente por problemas de parejas con el 29% y 25% respectivamente fueron los principales datos aportados por las condiciones psicoafectivas de las encuestadas. Ver tabla 11.

**Tabla 11** Condiciones psico-afectivas de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	si		no	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
• Problema con pareja	85	30	195	70
• Problemas entre padres e hijos	71	25,3	209	74,6
• Abuso maltrato	30	10	250	90
• Estrés por problemas familiares.	71	25,6	209	74,3
• Falta de afecto	51	18,3	229	81,6
• No se cumple el papel familiar	56	20	224	80
• Divorcio conyugal	82	29,3	198	70,7
• Escapes de menores	35	12,3	245	87,6
• Enfermedad mental	32	11,6	248	88,3
• Ingesta de alcohol	50	11,3	230	82,6

En cuanto a los factores de riesgo que manejan las familias con gestantes según ISF: GES-17 se detectó que el 52% de estas se halla satisfecha, al igual que para

la salud familiar total donde se encuentran clasificada como familia saludable. Ver tabla 12.

**Tabla 12** Salud familiar en adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Percepción de la Organización sistémica familiar</b>		
Muy organizada	157	56,07
Organizada	109	38,93
Poco organizada	14	5
<b>Percepción de Satisfacción familiar</b>		
Muy satisfecha	129	46,07
Satisfecha	146	52,14
Poco satisfecha	5	1,79
<b>Grado de salud familiar total</b>		
muy saludable	10	3,57
Saludable	145	51,79
poco saludable	125	44,64
<b>Organización sistémica por factores</b>		
<b>Crecimiento</b>		
Organizada	274	97,86
Poco organizada	6	2,14
<b>Estabilidad</b>		
Organizada	259	92,5
Poco organizada	21	7,5
<b>Cohesión</b>		
Organizada	263	94
Poco organizada	17	6

## ANÁLISIS BIVARIADO.

Al relacionar los hábitos de salud bucal, y porcentaje de control de placa dicotómico con factores familiares y socio-demográficos de gestante no se encontró significancia estadística (Tabla 13 y 14).

**Tabla 13** Relación entre índice COP con factores socio-demográficos y Salud Familiar de adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	% control de PB dicotómico				VALOR P
	Alto (> 30%)		Bajo (< 30%)		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
<b>factores socio-demográficos</b>					
<b>Edad</b>					
Adolescente temprana	200	89,3	24	10,7	0,132
Adolescente Tardía	44	78,6	12	21,4	
<b>Trimestre por riesgo de embarazo</b>					
1 y 3 trimestre	124	84,3	23	15,7	0,143
2 trimestre	120	90,2	13	9,8	
<b>Nivel de escolaridad</b>					
Baja	151	88,3	20	11,7	0,467
Alta	93	85,3	16	14,7	
<b>Ingresos</b>					
Bajo ( $\leq$ 1 salario mínimo)	166	87,4	24	12,6	0,87

Alto (>1 salario mínimo)	78	86,7	12	13,3	
<b>Estrato</b>					
Bajo (1-3)	183	86,3	29	13,7	0,468
Alto (+3)	61	89,7	7	10,3	
<b>factores familiares</b>					
<b>Organización sistémica</b>					
Poco organizada	232	86,9	35	13,1	0,569
Organizada	12	92,3	1	7,7	
<b>Satisfacción familiar</b>					
No satisfecha	3	60	2	40	0,067
satisfecha	241	87,6	34	12,4	
<b>Salud familiar total</b>					
Poco saludable	235	87	35	13	0,783
Saludable	9	90	1	10	
<b>Organización sistémica por factores</b>					
<b>Estabilidad</b>					
Poco organizada	20	95,3	1	4,7	0,249
Organizada	224	86,5	35	13,5	
<b>Crecimiento</b>					
Poco organizada	6	100	0	0	0,342
Organizada	238	86,9	36	13,1	
<b>Cohesión</b>					
Poco organizada	15	83	3	17	0,774
Organizada	229	87,4	33	12,6	
<b>Función familiar</b>					
disfuncionalidad	75	80,6	18	19,4	0,122
Buena funcionalidad	169	90,3	18	9,7	

**Tabla 14.** Relación entre Higiene Oral con factores socio-demográficos y Salud Familiar de adolescentes embarazadas beneficiarias de la institución Juan Felipe, 2013-2014.

	<b>Hábitos de salud bucal</b>				<b>Valor p</b>
	<b>Inadecuados</b>		<b>Adecuados</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	
<b>Factores socio-demográficos</b>					
<b>Edad</b>					
Adolescente temprana	106	47.3	118	52.7	0.719
Adolescente Tardía	25	44.6	31	55.4	
<b>Trimestre por riesgo de embarazo</b>					
1 y 3 trimestre	66	44.9	81	55.1	0.506
2 trimestre	65	48.9	68	51.13	
<b>Nivel de escolaridad</b>					
Baja	79	46.2	92	53.8	0.805
Alta	52	47.7	57	52.3	
<b>Ingresos</b>					
Bajo ( $\leq 1$ salario mínimo)	88	46.32	102	53.68	0.819
Alto ( $> 1$ salario mínimo)	43	47.8	47	52.2	
<b>Estrato</b>					
Bajo (1-3)	102	48.2	110	51.8	0.432
Alto (+3)	29	42.6	39	57.4	
<b>factores familiares</b>					
<b>Organización sistémica</b>					
Poco organizada	11	84.6	2	15.4	0.085
Organizada	120	44.9	147	55.06	
<b>Satisfacción familiar</b>					
No satisfecha	3	60	2	40	0.550
satisfecha	128	47	147	53	

<b>Salud familiar total</b>					
Poco saludable	6	60	4	40	0.394
Saludable	125	46.3	145	53.7	
<b>Organización sistémica por factores</b>					
<b>Estabilidad</b>					
Poco organizada	13	62	8	38	0.149
Organizada	118	45.6	141	54.4	
<b>Crecimiento</b>					
Poco organizada	5	83.3	1	16.7	0.070
Organizada	52	46	86	54	
<b>Cohesión</b>					
Poco organizada	11	70	7	30	0.384
Organizada	120	45.8	142	54.2	
<b>Función familiar</b>					
disfuncionalidad	97	51.9	90	47.1	0.116
Buena funcionalidad	34	36.6	59	63.4	

## 7. DISCUSION

Las limitaciones del presente estudio es que no permiten establecer relaciones causales entre variables, ya que no es posible conocer si fue anterior la existencia del factor de riesgo o lo fue la enfermedad; no informar sobre asociación real entre variables, lo máximo que permiten es informar o explorar sobre la posibles relaciones entre los factores estudiados.

Así en este estudio se observa como la familia es el escenario donde la adolescente adquiere los recursos psicológicos con los que enfrentará esta etapa, estos recursos se traducen tanto en la capacidad para evaluar situaciones de la vida, esto es, anticipando y planeando la conducta a seguir para una mejor adaptación, como en la capacidad para reconocer y expresar sus reacciones afectivas.

Si la estructura familiar no se desestabiliza o, si los padres no asumen su rol formativo de la manera más idónea, el individuo llegará a la adolescencia sin las herramientas necesarias para enfrentarse a la vida a través de la toma de decisiones correctas y convenientes.

Con referencia a la estructura familiar, la investigación actual arrojó que la tercera parte de las adolescentes encuestadas mostró algún tipo de disfuncionalidad en

sus familias, lo cual contrasta con los resultados que expone Rangel (normalidad 67% (50). Al evaluar otras variables en cuanto al ámbito familiar se determinó que la mayoría de las familias son extensas o atípicas, con bajos ingresos económicos ( $\geq$  a un salario mínimo). Se halló baja escolaridad de la madre y del padre en más de la mitad de la totalidad de la muestra, respectivamente. Al revisar la literatura, se hallaron resultados similares con los encontrados con Díaz et al. En el 2006 respecto a la estructura familiar, un tercio corresponde a familias extensas o atípicas. Se presenta baja escolaridad de la madre y el padre en más de la mitad de la muestra total (51). A partir de estos datos se confirma que la difícil situación económica induce en muchas ocasiones el surgimiento de la familia extensa como apoyo económico y social a las nuevas generaciones conformadas, lo cual constituye un factor de riesgo en el crecimiento y desarrollo de las adolescentes; lo anterior sumado a la baja escolaridad de los padres en más de la mitad de la población de estudio, da como resultado una falencia notable para la buena orientación de prácticas saludables en la población adolescentes (52), lo que se relaciona con lo encontrado en el Riesgo Familiar Total donde pocas familias son de alto riesgo, datos parecidos a los encontrados por Veloza Morales (53), lo que muestra que a pesar de presentar dificultades y riesgos en algunas dimensiones y de pertenecer a estratos de ingresos bajos, las familias se consideran en un alto porcentaje muy saludables.

---

<sup>50</sup> RANGEL, VALERIO, PATIÑO. Funcionalidad familiar en la embarazadas. En: revfacmed UNAM. 2004, vol.47, No1p.16-19

<sup>51</sup> DIAZ, RODRIGUEZ, MOTA, ESPINDOLA, MEZA, ZARATE. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. En: Perinatol Reprod Hum. 2006, vol. 20 n. 1, p. 86

<sup>52</sup> DÍAZ, COSTA, FLÓREZ, PUERTA. Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos. En: revista colombiana en investigación en odontología. 2011, vol. 2, no. 5, p. 52, 53

<sup>53</sup> Veloza. Salud familiar en familias con adolescente gestante. En: AVANCES EN ENFERMERÍA. 2012, vol. XXX N. 1 p. 13.

La enfermedad periodontal sigue siendo el principal problema bucal que se relaciona con el embarazo. La frecuencia de gingivitis detectada por el juicio clínico fue de la totalidad de la muestra, de los cuales la gran mayoría presentó PB alta, lo cual coincide con lo que reporta la literatura consultada en la cual se determinó predominio de las gestantes con gingivitis, cuya higiene bucal era deficiente (73 %); la placa bacteriana se presentó >30% en una gran parte de la muestra, la cual es mayor a la reportada por López, que fue de 42.2% (54). La higiene bucal de la población objeto de estudio es deficiente lo cual se confirma por el hecho de que el más de la mitad asegura cepillarse 1 vez al día, y que el casi la totalidad de la muestra presentó un índice O'Leary superior al 30%, esto explica la presencia de hemorragia al sondeo y cálculos por consiguiente, la placa dentobacteriana sigue siendo el factor causal fundamental en la génesis de la enfermedad periodontal. Lo anterior es constatado por Nápoles García et al quien señala que el 90 % de las mujeres embarazadas con alteraciones gingivales tienen valores elevados de placa y cálculo (55). Esto se refleja en la necesidad de tratamiento de las adolescentes en el presente estudio, que correspondió a la mitad de las adolescentes para TNF1. Lo anteriormente mencionado converge con el resultado arrojado en el estudio de Díaz Romero en 2009 donde se demostró que necesidades de tratamiento periodontal oscilaron entre 63 y 71% (56). Esto se refleja en la necesidad de tratamiento de las adolescentes en el presente estudio,

---

<sup>54</sup> BASTARRECHEA, ALFONSO, OLIVA. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. En: Rev cubana de estomatología. 2009, vol. 46, n. 4, p. 5-7

<sup>55</sup> NAPOLES, NÁPOLES. Status of periodontal health in pregnant women. En : medisan, 2012, vol 16, no. 3, p. 4-6

<sup>56</sup> DÍAZ, HERNÁNDEZ, DÍAZ, GARCÍA. Determinación de necesidades de tratamiento periodontal de mujeres gestantes. En: perinatolreprod hum 21 kw. 2009, vol. 23, no. 1, p. 8

que correspondió a la mitad de las adolescentes para TNF1. Los datos de la investigación demostraron que en el contexto en que fue desarrollado, se presentaron en las encuestadas percepción de problemas asociados a la familia y a la perspectiva social, pero al relacionar estos aspectos puntuales de las embarazadas lo datos no dieron significativos tal como se puede observar en los resultados, sin embargo considerando los aspectos propios del escenario y la muestra no suficiente se encontró alta frecuencia de factores negativos tanto de percepción de salud familiar y aspectos socio-demográficos al relacionarlos con la salud bucal deficiente. Los resultados de esta investigación y sus discusiones fueron presentados con la intención de ofrecer conocimiento, siendo importante el contexto en que se establecen estas experiencias de maternidad en adolescentes principalmente con bajos ingresos. La esencia de esta investigación fue brindar apoyo en la prestación de cuidados a la salud bucal en su contexto integral e integrado, de acuerdo con la perspectiva familiar de las propias adolescentes. Es necesario continuar perfeccionando la actividad de la familia, formar en ella una determinada cultura de la salud que abarque todos los aspectos de la vida, dentro de ellos los que se relacionan con la salud bucal, porque a medida que su papel sea más eficiente, así como el trabajo de odontólogos y profesionales de la salud en el que aún existen dificultades, se alcanzarán mejores resultados en la prevención de enfermedades y promoción de salud Por lo que se recomienda

ampliar la muestra para encontrar posibles asociaciones entre la percepción de salud familiar y la salud bucal (57).

## **8. CONCLUSIÓN**

La enfermedad periodontal pueden atribuirse a la higiene deficiente conforme a los resultados de la serie el mayor porcentaje de gestantes con higiene bucal deficiente tenían bajo nivel instructivo, lo que demuestra que la escolaridad, como expresión del nivel sociocultural individual y colectivo, influye en los estilos de vida, de modo que dificulta la existencia de condiciones favorables para la realización de actividades de salud y una mejor comprensión de las medidas de prevención.

Con la información de los datos obtenidos en salud oral de la población de estudio y en relación con el riesgo familiar, se hace necesario implementar políticas que faciliten la promoción y prevención en salud oral así como fortalecer la funcionalidad familiar.

---

<sup>57</sup> ZACCA, GRISEL. SOSA, MARITZA. MOJÁIBER, ARMANDO. Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. En: Rev. Cubana Estomatol. 2001, vol. 39, nº. 2, p. 104.



## 9. BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ, DOMINGUEZ. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. En: Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. 2010 Vol. 23, n. 5, p.25-28

ÁLVAREZ, SINTEZ. Temas de Medicina Integral. En: Rev. Salud y Medicina La Habana. 2001, vol.1, n.5, p.7-9

AMAYA. Instrumento de salud familiar; ISF: GES-17; familia con gestantes: Universidad nacional de Colombia, 2004. Pag. 72

BASTARRECHEA, ALFONSO, OLIVA. Algunos riesgos durante el embarazo en relación con la enfermedad periodontal y la caries dental en Yemen. En: Rev. cubana de estomatología. 2009, vol. 46, n. 4, p. 5-7

BETANCOURT, VALLADARES, PÉREZ. Inflamación gingival asociada con factores de riesgo durante el embarazo. En: Rev. Cubana Estomatol.2009, vol.49, n, 2, p.12-15.

CARRANZA, NEWMAN. Periodoncia Clínica. 9º ed. Interamericana. 2004. P.76-77

CASAS, RIVERO, GONZÁLEZ. La Adolescente En Desarrollo. En: Rev. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos. 2007, Vol. 18, n. 18, p. 32-33

Declaración de Helsinki. Revisión de la Declaración de Helsinki Asociación Médica Mundial.

DÍAZ, HERNÁNDEZ, DÍAZ, GARCÍA. Determinación de necesidades de tratamiento periodontal de mujeres gestantes. En: perinatolreprod hum 21 kw. 2009, vol. 23, no. 1, p. 8

DÍAZ, COSTA, FLÓREZ, PUERTA. Prevalencia de caries dental y caracterización familiar de pacientes pediátricos. En: revista colombiana en investigación en odontología. 2011, vol. 2, no. 5, p. 52, 53

DIAZ, RODRIGUEZ, MOTA, ESPINDOLA, MEZA, ZARATE. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicologico en adolescentes embarazadas. En: Perinatol Reprod Hum. 2006, vol. 20 n. 1, p. 86

ERNAM, CORSAPS, ICMER. Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En: Rev Chilena. 2009, Vol. 16, n.1, p 46 -58

ESCOBAR, BURGOS. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. En: Salud pública de México. 2010, vol. 52, n. 1, p. 222-224

FLÓREZ, SOTO. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. En: Notas de población. 2006, vol. 83, p. 334

Fondo de naciones unidas para la población 1997

GALLO, MOLINA. Evaluación de impacto proyecto salud sexual y reproductiva de adolescentes en Medellín, “Sol y Luna” componente cualitativo. En: Revista Salud Pública Medellín, alcaldía de Medellín. 2008, vol. 23, n. 56, p. 124-127

GARBERO. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. En: Acta OdontolVenez. 2012, vol. 25, n. 5, p. 26-28

GARCIA, MORALES. El embarazo en la adolescencia precoz. En: Rev. Panamá salud pública. 1998, vol.4, n26, p.2-3.

GARRIDO, ORPEDO. Family Care International: buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescentes. En: Herramienta para la sistematización de experiencias desde una perspectiva de buenas prácticas. 2010, vol. 22, n. 17, p. 17-19

GONZÁLEZ, RODRÍGUEZ, SALAS. Knowledge of pregnant women from "Carlos J. Finlay" health area on oral health. En: RevCubanaEstomatol. 2007, vol.44, n.4,p.12-13

GONZÁLEZ, SANDOVAL, MOLINA. El varón y la paternidad precoz. En: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 2003, vol. 18, n.27, p.16-23

GONZÁLEZ. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad. En: Rev. venezolana de sexualidad. 2009, vol. 3, n. 16, p 13-15.

GRIFFIN, SANDERSON, VINCENT. Development of Multidimensional Scales to Measure Key Leaders Perceptions of Community Capacity and Organizational Capacity for Teen Pregnancy Prevention.En: Rev. American de Sexuality. 2004 vol. 28, N. 4, p. 307–319

JARA. Población adolescente escolar. En: Revista de Salud Pública. 2008, Vol. 11. n. 1, p. 46-48

KOMURA, AKIKO. Maternidad en la adolescencia en una comunidad de bajos ingresos experiencias a través de historia oral. En: Rev. Latino-Americana Enfermagem. 2008, vol. 16, n. 2, p. 76-78

KÜHNER, RAETZKE. The health belief model on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. En: Rev. de Periodontología. 1989, vol. 60, n.18, p. 51-56.

LINDHE, JAN. Periodontología Clínica e implantología Odontológica. En: Rev. Cubana Estomatol. 2009, vol.28, n.4, p.75-76.

LLENA PUY C. The role of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. En: RevMed Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006, vol.11, n.27, p.449-55.

LUENGO. Características de la adolescencia normal. En: Rev. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia Mediterráneo. 2003, vol. 13, n. 45, p.16-19

MAFLA. Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral. En: Colombia Médica. 2008, vol. 39, N. 1, p.36-37

MOLINA, CUMSILLE, MARTÍNEZ. Prevention of Pregnancy in High-Risk Women: Community Intervention in Chile. En: Rev chilena. 2003, vol. 4, n.9, p. 25-28.

MOLINA, RAMIREZ, GONZALEZ. Electra en Madres niñas. En: Rev. Adolescentes de 14 años y menos. 2006. vol.18, n. 23, p.16

MOLINA, SANDOVAL, GONZÁLEZ. Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas En: Rev Chil Obstet Ginecol Inf y Adolec. 1998, vol. 5, n.3, p. 17-28.

MORALEZ, SERPA .Embarazo Adolescente: Un Problema País. En: Rev Chil Obstet Ginecol. 2008, vol. 73, n. 5, p. 291 - 292

NAPOLES, NÁPOLES. Status of periodontal health in pregnant women .En: medisan, 2012, vol 16, no. 3, p. 4-6

OLIMON KM. Fundamentos de Epidemiología Ediciones Díaz de Santos. En: Revista Cubana de Estomatología. 2011, vol.48, n.2, p.104-112.

PÉREZ, BETANCOURT, VALLADARES, MIRIELA.The dental caries associated with risk factor during pregnancy. En: Rev CubanaEstomatol .2011 ,vol.48 n.2,p.26-29

PINKHAM .Odontología pediátrica. En acta odontológica venezolana. 2011, vol.49, n.2 p. 180-186.

POSADA CORREA. Sobreviviendo a la adolescencia. En: Rev. Padres eficaces. 2010, vol. 26, n. 14, p. 67-69

PRENDES, LABRADA, VIVANCO. Factores asociados a la duración de la lactancia materna. En: Rev. cubana MedIntegr. 1999, Vol. 15, n.4, p.397-402.

RANGEL, VALERIO, PATIÑO. Funcionalidad familiar en las embarazadas En: revfacmed UNAM. 2004, vol.47, No1p.16-19

RODRÍGUEZ, LÓPEZ .El embarazo su relación con la salud bucal. En: Rev. Cubana Estomatol. 2009, vol.28, n.16, p.16-19

ROJAS, ROMERO. Flujo salival, pH y capacidad amortiguadora en niños y adolescentes cardiópatas: factor de riesgo para caries dental y enfermedad periodontal. En: CienciaOdontol.2008, vol.5, n.1, p.17-26.

SEIF. Cariología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental. En: Rev. méd. Chile.2007, vol.135 n.1, p.79-86

SMITH, BATTLE. The Vulnerabilities of Teenage Mothers: Challenging Prevailing Assumptions. Advances in Nursing Science. En: rev med Chile. 2000, vol. 72, n. 2, p. 72

SOSA, MOJÁIBER. Municipios por la Salud. Dirección Nacional de Estomatología. En: Rev. Cubana. 2009, vol. 19, n.1, P. 83-91.

TAUCHER, JOFRÉ. Mortalidad infantil en Chile: El gran descenso. En: Rev. Méd Chil. 1997, vol. 10, n. 12, p. 25-35.

Técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá Ministerio de Salud, República de Colombia; 1993.

UNFPA, IPEA. Contribuciones potenciales a la agenda de los ODM a partir de la perspectiva de la CIPD: Resumen e Implicaciones Programáticas. En: Rev. chilena. 2007, vol. 25, n. 13, p. 42-46

Veloza. Salud familiar en familias con adolescente gestante. En: AVANCES EN ENFERMERÍA. 2012, vol. XXX N. 1 p. 13.

ZACCA, GRISEL. SOSA, MARITZA. MOJÁIBER, ARMANDO. Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. En: Rev. Cubana Estomatol. 2001, vol. 39, nº. 2, p. 104.

# ANEXOS

**ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO E INFORMADO PARA LOS PADRES DE NIÑOS MENORES DE EDAD SELECCIONADOS COMO SUJETOS DE ESTUDIO.**

Yo \_\_\_\_\_, con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_ actuando como representante legal de la menor \_\_\_\_\_ Para los efectos legales que corresponden, declaro que he recibido información amplia y suficiente información sobre el estudio, titulado **“factores familiares y salud bucal de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la Fundación Juan Felipe de la Ciudad de Cartagena, 2013-2014”** Se me ha explicado que al a adolescente que represento se la entregará una encuesta y se le realizará un examen clínico odontológico se evaluara el resultado obtenido. Por otro lado, se me ha informado sobre los beneficios que obtendrá el la adolescente en estas actividades y los riesgos a los que se expone con cada una de las actividades que se desarrollarán. Además, estoy de acuerdo con la utilidad de los resultados de esta investigación, reflejada en el conocimiento que tendrá el profesional de la odontología para aproximarse hacia la estrategia más adecuada en el manejo del comportamiento de niños de cinco a ocho años en la consulta odontológica. Igualmente soy consciente que los costos adicionales que demanda la investigación corren a cargo del investigador y se me ha informado sobre el carácter de los datos obtenidos, los cuales serán socializados en comunidades académicas y solo serán presentados en forma global con intenciones de ser aplicados a la población de este estudio. En este sentido, conozco los compromisos que adquiero con este proyecto y que en todo momento seré libre de continuar o de retirarme, con la única condición de informar oportunamente mi deseo, al investigador (es). Habilton Rangel y Dagoberto Chacón Meneses. Asumimos el papel de testigo presencial del presente consentimiento informado en la ciudad de Cartagena de Indias, el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Acepto voluntariamente participar sin más beneficios que los pactados previamente.

Firma y cédula del representante legal de la adolescente.

Firma y cédula del Investigador principal

\_\_\_\_\_

**ANEXO 2. FORMATO PARA LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO**

Nombre de la adolescente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento.: \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

La adolescente actualmente padece alguna enfermedad sistémica: Si ( ) No ( )  
Cuál \_\_\_\_\_

La adolescente presenta alguna complicación en el embarazo: Si ( ) no ( )

La adolescente sabe leer y escribir: Si ( ) No ( ) Cuál \_\_\_\_\_

—

La adolescente es primera vez que esta embarazadas: Si ( ) No ( )

La adolescente pertenece al a fundación Juan Felipe Si ( ) No: ( )

Si la adolescente es seleccionada está Ud. dispuesto a aceptar su consentimiento por escrito Si ( ) No ( )

**ACEPTADO**  **SI**  **NO**

### ANEXO 3. INSTRUMENTO

**RIESGO FAMILIAR Y SALUD BUCAL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS BENEFICIARIAS DE LA FUNDACION JUAN FELIPE GOMEZ ESCOBAR DE LA CIUDAD DE CARTAGENA, 2013. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

**Datos personales de la adolescente**

- Código\_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos\_\_\_\_\_ 1.1 Edad \_\_\_\_\_
- 1.2 Procedencia Rural\_\_\_ Urbana\_\_\_ 1.3 Dirección:\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_ 1.4 Estudia: Si \_\_\_No \_\_\_
- 1.5 Nivel de escolaridad: Analfabeta\_\_\_ Primaria incompleta\_\_\_ Primaria Completa\_\_\_ Secundaria incompleta\_\_\_ Secundaria Completa\_\_\_ Técnica\_\_\_ Universitaria\_\_\_
- 1.6 Religión: Católica\_\_\_ Cristiano\_\_\_ Judaísmo\_\_\_ Adventista\_\_\_ Otra Religión\_\_\_\_\_
- 1.7 Seguridad Social: Contributivo\_\_\_ Subsidiado\_\_\_ Desplazado \_\_\_ Vinculado \_\_\_ Régimen Especial\_\_\_
- 1.8 Trabaja: Si\_\_\_ No\_\_\_
- 1.9 Papel que desempeña en la familia: Formador de hijos\_\_\_ Las veces de padre\_\_\_ Madre\_\_\_ Padre y Madre\_\_\_ Hijo\_\_\_ Otro Rol\_\_\_ Cual ?\_\_\_\_\_
- 1.10 Cuantos meses de embarazo tiene: \_\_\_\_\_ 1.11 Semanas de gestación\_\_\_\_\_

**Condiciones de la Vivienda y Factores Familiares**

- 2.1 Tenencia de la vivienda: Propia\_\_\_ Arrendada\_\_\_ Familiar\_\_\_
- 2.2 Tipo de vivienda: Casa\_\_\_ Apartamento\_\_\_ Habitación\_\_\_ Otros\_\_\_\_\_
- 2.3 Número Máximo de miembros que duermen en un mismo cuarto: 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_ Más de 6\_\_\_\_\_
- 2.4 Cuantos miembros conforman la familia: Uno\_\_\_ Dos\_\_\_ Tres\_\_\_ Cuatro\_\_\_ Más de 5\_\_\_
- 2.5 Tipo de familia:

2.5.1 Familia Extensa (dueños de la casa 2era generación )	
2.5.1.2 Familia Nuclear ( hasta 4 hijos)	
2.5.1.3 Familia Nuclear Numerosa ( 5 hijos en adelante)	
2.5.1.4 Familia Nuclear amplia con agregados (sin lazos consanguíneos)	
2.5.1.5 Familia Nuclear ampliada con parientes	
2.5.1.6 Familia Binuclear	
2.5.1.7 Familia Monoparental	
2.5.1.8 Madre o padres solteros	
2.5.1.9 Equivalentes familiares	
2.5.2 Vive solo en la casa	

- 2.5.3 Tipo de familia para hallar riesgo: Tipo 1 cualquier modalidad y de pareja\_\_\_\_\_ Tipo 2 extensas y atípicas\_\_\_\_\_
- 2.6 Quien trabaja actualmente en la familia: (pueden marcar hasta dos respuestas) Padre\_\_\_ Madre\_\_\_ ambos padres\_\_\_ abuelos\_\_\_ tíos\_\_\_ conyugue\_\_\_ otra persona\_\_\_ ninguno trabaja\_\_\_
- 2.7 Con quien convive: padre del niño\_\_\_ Papa\_\_\_ Mama\_\_\_ Hermanos\_\_\_ Otros familiares\_\_\_\_\_
- 2.8 Suma de ingresos económicos en la familia mensualmente: Valor \_\_\_\_\_
- 2.9 Estrato socioeconómico: (Recibo de servicios públicos de la luz) 1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_
- 2.10 Escolaridad del padre: Analfabeta\_\_\_ Primaria Incompleta\_\_\_ Primaria Completa\_\_\_ Secundaria Incompleta\_\_\_ Secundaria Completa\_\_\_ Universitario\_\_\_ Técnica\_\_\_ No Sabe\_\_\_

2.11 Escolaridad de la Madre: Analfabeta\_\_ Primaria Incompleta\_\_ Primaria Completa\_\_ Secundaria Incompleta\_\_ Secundaria Completa\_\_ Universitario\_\_ Técnica\_\_ No Sabe\_\_

2.12 Escolaridad del Conyugue: Analfabeta\_\_ Primaria Incompleta\_\_ Primaria Completa\_\_ Secundaria Incompleta\_\_ Secundaria Completa\_\_ Universitario\_\_ Técnica\_\_ No sabe\_\_

2.13 Ocupación del Conyugue: \_\_\_\_\_

2.14 Ocupación de la Madre: \_\_\_\_\_ 2.15 Ocupación del padre \_\_\_\_\_

2.16 Antecedentes de carácter familiar en el último año. (marque con una x los antecedentes del último año presentados)

Alcoholismo	Diabetes	Hipertensión Arterial
Anemia	Down	Infarto Agudo de miocardio
Artritis	Enfermedad mental	Lepra
Asma	Enfermedad Renal	Maltrato
Cáncer	Epilepsia	Retardo Mental
Desnutrición	Hemofilia	Tuberculosis

### Salud bucal

3.1 Usa Cepillo Dental: Si\_\_ No\_\_ 3.2 El embarazo ha impedido el adecuado cepillado bucal? Si\_\_ No\_\_

3.2 Cuantas Veces se Cepilla al Día: \_\_\_\_\_ veces. Duración (tiempo) \_\_\_\_\_

3.3 ¿Qué tipo de cepillo utiliza? De cerdas suaves\_\_ De cerdas medianas\_\_ De cerdas duras\_\_

3.4 Técnicas de Cepillado: Horizontal\_\_ Vertical\_\_ Circular\_\_ Combinada\_\_ Otra\_\_ Cual\_\_

3.5 Usa Crema Dental: Si\_\_ No\_\_ Cual \_\_\_\_\_ Con flúor\_\_ Sin flúor\_\_

3.6 Usa Enjuague Bucal: Si\_\_ No\_\_ Cual \_\_\_\_\_ 3.7 Usa Seda Dental: Si\_\_ No\_\_

3.8 Otro tipo de hábitos de higiene bucal (por ejemplo, uso de bicarbonato, de caléndula etc)  
\_\_\_\_\_

3.9 Se cepilla antes de dormir: Si\_\_ No\_\_

3.10 Ha visitado al odontólogo desde que se enteró de su embarazo? Si\_\_ No\_\_ Porque? Miedo\_\_ Ansiedad\_\_ Falta de tiempo\_\_ No le han asignado la cita\_\_\_\_ Las citas son demoradas\_\_\_\_ Otra razón \_\_\_\_\_

3.11 Desde que mes de embarazo empezó a asistir a la consulta odontológica \_\_\_\_\_ Números de visitas\_\_

3.12 Antes de su embarazo cuando fue la última visita al odontólogo: \_\_\_\_\_ No lo ha visitado\_\_

3.13 Porque motivo visito al odontólogo la última vez? \_\_\_\_\_ Curación\_\_ Control\_\_ Urgencias\_\_ No lo he visitado\_\_

3.14 Como fue la atención brindada por el odontólogo? Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_

3.15 Considera usted que la atención ofrecida por el odontólogo en su consulta prenatal fue adecuada: Si\_\_ No\_\_

3.16 El odontólogo mostro temor o inseguridad en el momento de atenderla: Si\_\_ No\_\_

3.17 Le han realizado educación y charlas sobre salud oral: Si\_\_ No\_\_

3.18 La educación en salud oral la ha recibido por parte del: El odontólogo\_\_ institución educativa\_\_ la institución de salud\_\_ no ha recibido charlas sobre salud oral\_\_

3.19 Los tratamientos odontológicos han sido extensos en: Tiempo, horas y minutos\_\_ días, varios días\_\_ no han sido extensos\_\_

3.20 Recomendaciones que usted daría para mejorar la atención del odontólogo: \_\_\_\_\_

3.21 Considera usted que el odontólogo que la ha atendido cuenta con la adecuada preparación para atenderla: Siempre\_\_ Algunas veces\_\_ Nunca\_\_ No ha sido atendida antes\_\_

3.22 Las oficinas o consultorios odontológicos de su institución cuenta con todos los recursos necesarios para atenderla: Si\_\_ No\_\_

3.23 Último Tratamiento Realizado: Promoción y Prevención\_\_ Cirugía\_\_ Endodoncia\_\_ Rehabilitación\_\_ Operatorias\_\_

3.24 Medicamentos que se encuentra tomando en estos momentos \_\_\_\_\_

3.25. Ha vomitado en su embarazo? Si\_\_ No\_\_ 3.26.Promedio de Vómitos al día\_\_\_\_\_ 3.27 Durante cuantos meses vómito?\_\_\_\_\_

**Diagnostico bucal de las adolescentes embarazadas beneficiarias de la Institución Juan Felipe.**

- 1. Números de dientes: \_\_\_\_ 2. Presenta Restos Radiculares: \_\_ Si\_\_ No
- 3. Índice COP. Dientes con Caries: \_\_\_\_ Dientes perdidos: \_\_\_\_ Dientes Obturados: \_\_\_\_
- 4. Obturaciones Desadaptadas: \_\_Si No\_\_ Cuantas obturaciones: \_\_\_\_\_
- 5. Presenta Cálculos: \_\_Si No\_\_ Presenta placa Bacteriana: \_\_Si \_\_No Porcentaje de PB: \_\_\_\_\_
- 6. Diagnostico Periodontal: \_\_\_\_\_
- 7. Profundidad del sondeo:( ) 1-3mm ( ) 4-6mm ( ) igual o mayor que 7mm
- 8. Usa Prótesis: Si\_\_ No\_\_ Superior: \_\_\_\_\_ Inferior: \_\_\_\_\_
- 9. Tipo de prótesis: ( ) Fija ( ) Removible ( ) Total ( ) Parcial
- 10. Hábitos: Onicofagia\_\_\_\_ Bruxismo\_\_\_\_ Succion digital\_\_\_\_ Otro Hábito, Cual? \_\_\_\_\_
- 11. **Evaluación Extraoral:** Colocar una x en las casillas correspondientes

Examen Extraoral	Normal	Anormal
Aspecto Extraoral		
Piel y mucosas		
Nódulos linfáticos		
Simetría facial		
Observaciones		

**12. Diagnostico de Estructuras Orales**

Localización	Lesión elemental	Diagnostico Presuntivo
Piso de Boca		
Carillo		
Mucosa labial superior		
Mucosa labial inferior		
Fondo de surco		
Proceso alveolar		
Paladar duro		
Paladar blando		
Cara dorsal de lengua		

Cara ventral de lengua		
------------------------	--	--

**13. Índice Periodontal de Necesidades Comunitarias propuesto por la OMS**

Diente	0 Sanos	1 Hemorragia	2 Cálculo	3 Bolsas 4-5 mm	4 Bolsas 6 o + mm
51-11					
55-16					
65-26					
71-31					
75-36					
85-46					
IPC TOTAL					

- Embarazo Deseado: Si\_\_ No\_\_
- Antes de acudir a la institución ha asistido a controles prenatales? Si\_\_ No\_\_
- Asiste puntualmente a todos los controles prenatales? Si\_\_ No\_\_
- ¿Cómo ha sido la aceptación en la familia sobre su embarazo? Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_
- La noticia sobre su embarazo ha afectado las relaciones familiares? Si\_\_ No\_\_
- Cuál fue su reacción cuando se enteró de su embarazo? De aceptación\_\_ De rechazo\_\_
- Como es la relación con el cónyuge? Buena\_\_ Regular\_\_ Mala\_\_
- Según los siguientes enunciados conteste a su consideración verdadera o falsa con una "X"

	Verdadero.	Falso.
Durante el embarazo no se puede ir al odontólogo.		
En el embarazo no se pueden tomar radiografías en la boca		
El embarazo hace que se te inflamen las encías		
En el embarazo no se pueden hacer tratamientos odontológicos.		
El embarazo hace que se te aflojen y caigan los dientes.		
El embarazo hace que se te caigan las calzas.		
Si te sacas una muela en los primeros meses de embarazo puedes perder a tu bebe.		
Si no vas al odontólogo en el embarazo tu bebe puede nacer de bajo peso.		
Es obligatorio visitar al odontólogo en tu embarazo.		
El embarazo produce caries		
En el embarazo se disminuye la saliva		
El embarazo hace que te duelan los dientes		
En el embarazo no se pueden tomar medicamentos para el dolor de muela		
En el embarazo no se pueden aplicar anestésicos en la boca		
El embarazo produce descalcificación de los dientes		
Durante los primeros meses de embarazos no se pueden cepillar los dientes porque da vómitos		
En el embarazo no se pueden realizar tratamientos de conductos		
En el embarazo no se pueden realizar extracciones dentales		

8. Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia se define como el o los individuos con quienes usualmente vive. Si usted vive sola, ahora su familia consiste en las personas con quien usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marque solo una x.

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero.					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos					
Tiene usted algún amigo cercano a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

De las siguientes situaciones cuales se presentan en su familia:

	Si	No
9. Problemas con la pareja (infidelidad o peleas permanentes de pareja)		
10. Problemas entre padres e hijos o entre hijos		
11. Violencia, abuso familiar, maltrato (físico, psicológico, social)		
12. Ansiedad y estrés permanente por problemas familiares		
13. Falta de afecto entre los familiares, desprotección		
14. No se cumple el papel adecuado del padre o madre o es cumplido por otras personas (hijos o abuelos)		
15. Divorcio o separación conyugal		
16. Escape de menores, padre o madre		
17. Enfermedad mental o intentos de suicidio		
18. Ingesta de alcohol, tabaco y drogas (marihuana, cocaína, gasolina, bóxer, popper, bazuco, entre otras)		

#### 19. FACTORES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS.

A continuación lea con atención varias frases sobre lo que las familias hacen habitualmente. Usted debe responder como su familia y que tanto le gustaría que sea así. No hay respuestas correctas, para responder solo piense como es su familia. Por cada pregunta marque solo una X.

	Nunca	Rara vez.	Algunas veces	Siempre.	No gusta me	Me gusta poco.	Me gusta.	Me gusta mucho.
								
1. Su familia la anima para que vaya a talleres y reuniones para embarazadas.								
2. Su familia se rebusca para mejorar la situación económica desde que usted está embarazada.								
3. Su familia le ha permitido que usted dedique parte de su tiempo para prepararse para el parto.								
4. Su familia se organiza diferente a medida que su embarazo ha progresado.								
5. Su familia la entusiasma que usted aprenda sobre su embarazo.								
6. En su familia se manifiestan con detalles el cariño por la criatura que va a nacer.								
7. Desde que esta embarazada, usted ha descubierto que es importante para su familia.								
8. Su embarazo ha hecho que usted y su compañero (o en su familia) se dediquen más tiempo.								
9. En su familia aceptan su embarazo sin críticas.								
10. En su familia le preguntan lo que usted necesita durante el embarazo.								
11. Su familia hace planes para el momento del nacimiento.								
12. Desde que está embarazada su familia le colabora más con los oficios domésticos.								
13. Si usted no puede hacer las cosas como antes del embarazo, alguno de la familia la reemplaza.								
14. Desde que usted está embarazada, su familia ha apoyado que usted se organice según esta situación.								
15. Si hay (o hubiera) complicaciones por su embarazo, alguno de su familia dejaría de trabajar o estudiar para cuidarla.								
16. Usted le consulta a alguno de su familia para tomar decisiones sobre su embarazo.								
17. Para pagar los gastos del embarazo, su familia averigua donde es menos caro para poder cumplir.								